



Rupture du contrat psychologique, stress et souffrance au travail : une recherche réalisée au sein du dispositif souffrance au travail du CHU Toulouse-Purpan

Sabine Trentzsch Trentzsch-Joye

► To cite this version:

Sabine Trentzsch Trentzsch-Joye. Rupture du contrat psychologique, stress et souffrance au travail : une recherche réalisée au sein du dispositif souffrance au travail du CHU Toulouse-Purpan. Psychologie. Université Toulouse le Mirail - Toulouse II, 2011. Français. NNT : 2011TOU20046 . tel-00634276

HAL Id: tel-00634276

<https://theses.hal.science/tel-00634276>

Submitted on 20 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THESE

En vue de l'obtention du

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par *Université Toulouse II Le Mirail*
Discipline ou spécialité : *Psychologie*

Présentée et soutenue par
Sabine Trentzsch-Joye
le 19 septembre 2011

Titre
RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE,
STRESS ET SOUFFRANCE AU TRAVAIL :
UNE RECHERCHE REALISEE AU SEIN DU DISPOSITIF
SOUFFRANCE AU TRAVAIL DU CHU DE TOULOUSE-PURPAN

Ecole doctorale :
Comportement, Langage, Education, COgnition (CLESCO)

Unité de recherche
Psychologie du Développement et Processus de Socialisation

Directeur(s) de Thèse
Alain BAUBION-BROYE, Professeur à l'Université de Toulouse II-Le Mirail
Jean-Marc SOULAT, Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse

Rapporteurs
Anne-Marie MAMONTOFF, Professeur à l'Université de Perpignan
Guillaume LE BLANC, Professeur à l'Université de Bordeaux III

Autre(s) membre(s) du Jury
Violette HAJJAR, Professeur à l'Université de Toulouse II-Le Mirail

**Université Toulouse-Le Mirail
Laboratoire Psychologie du Développement
et Processus de Socialisation**

THÈSE

Pour obtenir le grade
de DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ
Psychologie

**RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE,
STRESS ET SOUFFRANCE AU TRAVAIL :
UNE RECHERCHE REALISEE AU SEIN DU DISPOSITIF
SOUFFRANCE AU TRAVAIL DU CHU
DE TOULOUSE-PURPAN**

Sabine TRENTZSCH-JOYE

Présentée et soutenue publiquement
Le 19 septembre 2011

Directeurs de Recherches

Alain BAUBION-BROYE

Professeur à l'Université de Toulouse II-Le Mirail

Jean-Marc SOULAT

Professeur à la Faculté de Médecine de Toulouse

Rapporteurs

Anne-Marie MAMONTOFF, Professeur à l'Université de Perpignan

Guillaume LE BLANC, Professeur à l'Université de Bordeaux III

Autre(s) membre(s) du Jury

Violette HAJJAR, Professeur à l'Université de Toulouse II-Le Mirail

A Margaux, Agnès et Antoine

Remerciements

Mes tout premiers remerciements vont à Monsieur Alain Baubion-Broye et Monsieur Jean-Marc Soulatmes deux directeurs de thèse, pour leur soutien tout au long de cette recherche, leurs conseils, leur disponibilité, leur exigence aussi et pour nos nombreux échanges fructueux.

Je souhaite exprimer ma gratitude à Madame Anne-Marie Mamontoff et Madame Violette Hajjarainsi qu'à Monsieur Guillaume le Blanc pour l'intérêt qu'ils ont apporté à ce travail en tant que membres du Jury.

Je remercie les membres du Laboratoire Psychologie du Développement et Processus de Socialisation pour leurs nombreux encouragements et plus particulièrement Monsieur Alexis Le Blanc pour sa contribution.

Ma reconnaissance s'adresse tout spécialement à Madame Marie-Pierre Aeschlimann, psychologue du Service des Maladies Professionnelles et Environnementales au Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse-Purpan ; sans son implication active, cette étude n'aurait pas été réalisable.

Mes remerciements vont aussi à mes collègues et collaborateurs des services de santé au travail et plus particulièrement du pôle Santé et Sécurité d'Airbus qui m'ont témoigné leur confiance et qui ont enrichi ce travail par nos réflexions et projets communs.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à l'ensemble du personnel du Service des Maladies Professionnelles et Environnementales pour leur accueil chaleureux et convivial et pour leur fidèle collaboration. Je pense notamment à Monsieur Fabrice Herin, dont l'aide a été précieuse.

Et, je n'oublie pas toutes les personnes que j'ai reçues en entretien et qui, sans le savoir, ont nourri cette recherche.

Enfin c'est à mes proches, famille et amis pour leur soutien, leur indispensable coup de main et leurs encouragements renouvelés dans des moments difficiles que je veux exprimer toute mon affection et ma reconnaissance.

Mais un grand merci surtout à mes enfants pour la compréhension et la patience dont ils ont fait preuve tout au long de cette recherche qui fut (pour eux aussi) une épreuve.

Sommaire

INTRODUCTION	17
---------------------------	-----------

CHAPITRE I

Situation de la recherche	25
--	-----------

I-1. DONNEES RELATIVES AUX CONTEXTES ACTUELS DU TRAVAIL	27
--	-----------

I-1.1. Mutations dans le monde du travail.....	27
--	----

I-1.2. Changements globaux et transformations du contenu et des conditions du travail.....	28
--	----

I-1.2.1. L'intensification du travail et la pression temporelle	28
---	----

I-1.2.2. L'altération du lien social et la désolidarisation des collectifs de travail	29
---	----

I-1.2.3. L'investissement subjectif encouragé mais fortement contrôlé	30
---	----

I-1.2.4. Des conceptions différentes de la notion de qualité	31
--	----

I-1.2.5. Confrontation à de nouveaux rôles professionnels	32
---	----

I-1.3. Les atteintes à la santé au travail : réalités et enjeux	33
---	----

I-2. CONTEXTE ORGANISATIONNEL DE L'ETUDE	35
---	-----------

I-2.1. Le service des maladies professionnelles et environnementales.....	35
---	----

I-2.2. Organisation et évolution du dispositif « souffrance au travail ».....	37
---	----

I-2.2.1. La consultation du médecin du travail ergonomiste	39
--	----

I-2.2.2. La consultation psychiatrique	39
--	----

I-2.2.3. La consultation du psychologue	40
---	----

I-2.2.4. Le groupe d'information	40
--	----

I-2.2.5. Le projet de suivi collectif	41
---	----

I-2.3. Les fonctions du psychologue du travail	42
--	----

I-2.3.1. L'organisation de sessions de formation.....	42
---	----

I-2.3.2. Présentation de cas cliniques à la CRAM	43
--	----

I-2.4. La consultation psychologique	43
--	----

I-2.4.1. Objectifs des entretiens.....	44
--	----

I-2.4.2. Méthodes de travail.....	47
-----------------------------------	----

CHAPITRE II

Quelques modèles théoriques et approches du stress, de la souffrance et de la santé mentale au travail..... 55

II-1. LES CONCEPTS DU STRESS ET DE SOUFFRANCE 57

II-1.1. L'origine des conceptions scientifiques du stress, l'approche physiologique 57

II-1.2. Le stress : un concept ambigu..... 58

II-1.3. La souffrance, un concept qui évolue..... 60

II-1.4. Stress, souffrance, violence : un mal-être en augmentation chez les salariés..... 61

II-1.5. Un coût non négligeable 62

II-2. L'APPROCHE STIMULUS-REPONSE 64

II-2.1. L'approche transactionnelle 65

II-2.1.1. Processus d'évaluation et stratégies d'ajustement 65

II-2.1.2. Différentes conceptions des stratégies d'ajustement..... 66

II-2.1.3. Les ressources individuelles dans la dynamique du stress 68

II-2.1.4. Intérêts et limites du modèle 68

II-2.2. L'approche causaliste..... 69

II-2.2.1. Le modèle « Demande/Autonomie au Travail » 69

II-2.2.2. Le modèle « Déséquilibre : Efforts/Récompenses » 72

II-2.2.3. Intérêts et limites du modèle 73

II-3. LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTE 74

II-3.1. Des modèles explicatifs multifactoriels et interactionnistes.... 74

II-3.2. Intérêts et limites de ces modèles 77

II-4. LES APPROCHES D'ORIENTATION PSYCHOSOCIALE ET CLINIQUE..... 78

II-4.1. La psychodynamique du travail (PDT) 78

II-4.1.1. De la Psychopathologie à la Psychodynamique..... 78

II-4.1.2. L'enquête en PDT : une co-analyse des conditions de travail et de la souffrance (2 exemples) 80

II-4.1.3. Intérêts et limites du modèle 82

II-4.2. La clinique de l'activité..... 83

II-4.2.1. Une perspective clinique en psychologie du travail 83

II-4.2.2. Exemples de recherches de terrain..... 86

II-4.2.3. Intérêts et limites du modèle 89

II-4.3. La clinique psychosociale 90

II-4.3.1. Le sujet social.....	90
II-4.3.2. La situation clinique en psychologie sociale et l'analyse de la demande.....	91
II-4.3.3. Exemple d'une recherche de psychologie sociale clinique	94
II-4.3.4. Intérêts et limites du modèle	95

CHAPITRE III

Le contrat psychologique 97

III-1. EVOLUTIONS DU CONCEPT DE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE..... 99

III-1.1. Origines	99
III-1.2. Apports de la théorie de l'échange social et de la norme de reciprocité	100
III-1.3. Perspectives et conceptualisations actuelles	101
III-1.3.1. La perspective individuelle (de l'employé).....	101
III-1.3.2. La perspective organisationnelle (de l'employeur)	102

III-2. FONDEMENTS DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE..... 103

III-2.1. Attentes, promesses, obligations : le contenu du contrat psychologique	103
III-2.2. Caractéristiques du contrat psychologique.....	104
III-2.2.1. Définition	104
III-2.2.2. Deux grands types de contrats psychologiques : contrat transactionnel et contrat relationnel	105

III-3. FORMATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE 108

III-4. EVOLUTION ET EVALUATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE 110

III-4.1. Réalisation du contrat psychologique.....	110
III-4.1.1. Le dépassement des promesses	111
III-4.1.2. La rupture et les processus de violation du contrat psychologique..	111

CHAPITRE IV

Problématique et hypothese generale de la recherche..... 119

IV-1. CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS, TRANSITIONS PSYCHOSOCIALES ET PERSONNALISATION..... 121

IV-2. L'APPROCHE SYSTEMIQUE DES ACTIVITES DE SOCIALISATION ET DE PERSONNALISATION 126

IV-3. LES REACTIONS INDIVIDUELLES A LA VIOLATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE 129

IV-4. HYPOTHESE GENERALE DE LA RECHERCHE 133

CHAPITRE V

Contexte et méthodologie de la recherche 135

V-1. LE CHOIX DU TERRAIN DE LA RECHERCHE..... 137

V-2. CADRES ET ETAPES DE LA RECHERCHE 137

V-2.1. La consultation psychologique du dispositif « souffrance au travail » 137

V-2.1.1. Objectifs et perspectives de soutien de la consultation psychologique.....138

V-2.1.2. Méthodologie d'investigation clinique139

V-2.2. L'analyse rétrospective des dossiers des personnes reçues en consultation dans le dispositif 141

V-2.2.1. Objectifs visés.....141

V-2.2.2. Moyens utilisés.....141

V-2.2.3. Constats et Observations cliniques.....142

V-3. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE 142

V-3.1. La population étudiée..... 142

V-3.2. Le recueil des données..... 143

V-3.2.1. Choix d'une étude diachronique.....143

V-3.2.2. Description détaillée de l'outil de recueil de données.....144

V-3.2.3. Présentation de l'outil de recueil : le questionnaire151

V-3.2.4. Procédures de recueil155

V-4. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES 156

CHAPITRE VI

Observations cliniques et résultats descriptifs 159

VI-1. OBSERVATIONS CLINIQUES 161

VI-1.1. La relation entre le travailleur et l'organisation : un lien fragile basé sur les valeurs 161

VI-1.2. Les effets délétères du contexte actuel de travail 162

VI-1.3. Des stratégies de faire face qui enlissent les situations de travail 165

VI-1.4. Des souffrances psychologiques manifestes et des troubles de la santé physique 166

VI-1.5. Une mise à distance du travail pour apaiser la souffrance.. 167

VI-2. PRESENTATION DES RESULTATS DESCRIPTIFS LIES AU PREMIER TEMPS DE RECUEIL 168

VI-2.1. Caractéristiques biographiques	169
VI-2.1.1. Sexe	169
VI-2.1.2. Age.....	169
VI-2.1.3. Situation familiale, enfants à charge.....	170
VI-2.2. Caractéristiques socioprofessionnelles	170
VI-2.2.1. Secteur d'activité	170
VI-2.2.2. Catégorie socioprofessionnelle	171
VI-2.3. Parcours professionnel dans l'organisation.....	173
VI-2.3.1. Ancienneté dans l'entreprise	173
VI-2.3.2. Nombre de changements de poste dans l'organisation.....	173
VI-2.3.3. Ancienneté au poste de travail actuel	174
VI-2.3.4. Evolution de carrière dans l'organisation actuelle.....	174
VI-2.4. Aspects de l'état de santé des personnes et conséquences diverses	175
VI-2.4.1. Troubles physiques et psychopathologiques.....	175
VI-2.4.2. Traitement psychotrope.....	175
VI-2.4.3. Sollicitation d'une aide psychothérapeutique	176
VI-2.4.4. Retrait physique de l'environnement professionnel	176
VI-2.4.5. Diagnostic médical	177
VI-2.4.6. Antécédents psychiatriques connus	178
VI-2.5. Vécu hors travail.....	179
VI-2.5.1. Répercussions sur la vie personnelle.....	179
VI-2.5.2. Vécu de la sphère hors travail.....	179
VI-2.6. Présentation des résultats liés au deuxième temps de recueil.....	180
VI-2.6.1. Evolution de la situation professionnelle.....	180
VI-2.6.2. Evolution de l'état de santé.....	181
VI-2.6.3. Conséquences sur la relation d'emploi	182
VI-2.6.4. Durée du suivi psychologique dans le dispositif « souffrance au travail »	183
VI-2.7. Synthèse et interprétation des résultats descriptifs.....	184

CHAPITRE VII

La formation du contrat psychologique et les causes de sa rupture

189

VII-1. CARACTERISTIQUES DE LA RELATION D'EMPLOI INITIALE DANS L'ORGANISATION

191

VII-1.1. La perception qu'a le salarié de son expérience initiale dans l'entreprise

191

VII-1.2. Lien entre l'ancienneté dans l'organisation et la perception par la personne de cette expérience initiale	192
VII-1.3. L'investissement au travail	193
VII-1.4. Type d'engagement organisationnel.....	195
VII-1.5. Type de contrat psychologique	196
VII-2. DEGRADATION DES CONDITIONS ET RELATIONS DE TRAVAIL A TRAVERS LA RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE	198
VII-2.1. Différents éléments de dégradation	198
VII-2.2. Comparaison des secteurs d'activités (privé/public).....	199
VII-2.2.1. Sentiment de baisse de considération.....	200
VII-2.2.2. Sentiment de baisse des récompenses	200
VII-3. LES MODIFICATIONS DES STRUCTURES ET DES CONTEXTES PROFESSIONNELS	201
VII-4. MODIFICATIONS DES CONTEXTES PROFESSIONNELS, DEGRADATION DES CONDITIONS DU TRAVAIL ET RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE	202
VII-5. SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES RESULTATS	203
 CHAPITRE VIII	
Les déterminants de la souffrance et de l'altération de la santé au travail : le processus de violation du contrat psychologique	211
VIII-1. EFFETS DE LA RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE SUR LA SANTÉ.....	213
VIII-2. SENTIMENT DE VIOLATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ET SES EFFETS.....	215
VIII-2.1. La signification de la rupture du contrat psychologique ...	215
VIII-2.2. Perception de violation du contrat psychologique et détérioration de l'état de santé	216
VIII-3. LES PROCESSUS D'INTERPRÉTATION.....	217
VIII-3.1. Les dégradations des relations et conditions de travail	217
VIII-3.2. La qualité de la relation d'emploi initiale (avant la perception de rupture)	219
VIII-3.3. Impact des contraintes des activités hors travail.....	222
VIII-4. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RESULTATS	222

CHAPITRE IX

Incidences de la perception de la violation du contrat psychologique sur les processus de socialisation - personnalisation..... 227

IX-1. LA DYNAMIQUE PROVOQUEE PAR LE SENTIMENT DE VIOLATION DU CONTRAT 229

IX-1.1. Evolution du nombre de personnes en activité et en retrait temporaire (ou définitif) 230

IX -1.2. Evolution de la situation professionnelle 232

IX -1.3. Les actions engagées par les sujets et leurs effets 233

IX -1.4. Stratégies organisationnelles perçues par le salarié (recueil effectué au temps 2)..... 234

IX -1.5. L'attitude de résistance : causes et effets 236

IX-2. RESTRUCTURATIONS PSYCHOLOGIQUES ET EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE 238

IX -2.1. Eléments indicateurs de restructurations psychologiques .. 238

IX -2.2. L'évolution de l'état de santé (évalué en fin de suivi, recueil temps 2) 241

IX -2.3. Synthèse et interprétation des résultats..... 244

CHAPITRE X

Conclusion generale 251

X-1. INTERETS ET LIMITES DE LA RECHERCHE..... 253

X.2. APPORTS DE LA RECHERCHE 256

X-2.1. Apports scientifiques et théoriques..... 256

X-2.2. Apport pratiques 260

X.3. PROLONGEMENTS POSSIBLES..... 262

X-3.1. Prolongements théoriques 262

X-3.2. Prolongements pratiques 266

BIBLIOGRAPHIE 275

INDEX DES AUTEURS 293

Table des illustrations et tableaux

Figure 1 - Fonctionnement initial du dispositif « souffrance au travail » du CHU Purpan	38
Figure 2 - Fonctionnement actuel du dispositif « souffrance au travail » du CHU Purpan	39
Figure 3 - Fonctionnement du projet de suivi collectif du dispositif	41
Figure 4 - Syndrome Général d'Adaptation (selon Seyle, 1956)	58
Figure 5 - Modèle transactionnel du stress (selon Lazarus & Folkman, 1984)	65
Figure 6 - Modèle de Karasek du stress au travail (selon Karasek & Theorell, 1990) ...	70
Figure 7 - Modèle Déséquilibre : Efforts/Récompense (selon Siegrist, 1996)	72
Figure 8 - Modèle explicatif en psychologie de la santé (selon Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003)	77
Figure 9 - Le processus d'échange interactif de contributions et de rétributions de Schein (1965), cité par Lemire et Martel (2007, p.88)	100
Figure 10 - Le processus de violation selon Morrisson et Robinson (1997)	112
Figure 11 - Système des activités selon Curie (2000)	127
Figure 12 - La typologie des réactions individuelles à la violation du contrat psychologique selon Rousseau (2007)	129
Figure 13 - Représentation en % des personnes reçus à la consultation selon leur sexe	169
Figure 14 - Répartition de la population par classe d'âge	169
Figure 15 - Situation familiale des personnes reçues en consultation	170
Figure 16 - Représentation du nombre d'années passées dans l'organisation	173
Figure 17 - Le parcours professionnel dans l'organisation vécue comme une évolution positive	174
Figure 18 - Répartition de la population par type de psychotrope	175
Figure 19 - Répartition de la population par situations de travail	176
Figure 20 - Perception des sphères hors travail	179
Figure 21 - Evolution de la situation professionnelle entre le moment d'évaluation et l'accompagnement	180
Figure 22 - Evolution de l'état de santé des personnes entre la phase d'évaluation et la phase d'accompagnement	181
Figure 23 - Durée de l'accompagnement psychologique dans le dispositif	183

Figure 24 - Provenance du soutien social perçu	192
Figure 25 - Eléments de dégradation des conditions et relations du travail	199
Figure 26 - Transformations dans le milieu professionnel	201
Figure 27 - Les réactions affectives : sentiments prédominants	215
Figure 28 - Comparaison des situations de travail entre le début et la fin du suivi	230
Figure 29 - Nombre de ruptures définitives du contrat du travail (recueil temps 2)...	231
Figure 30 - Evolution de la situation (recueil temps 2)	232
Figure 31 - Différentes actions engagées par les sujets et leurs attitudes	233
Figure 32 - Répartition de la population en fonction des stratégies organisationnelles perçues (recueil temps 2)	235
Figure 33 - Changements de la représentation du travail.....	239
Figure 34 - Changements de l'engagement professionnel.....	239
Figure 35 - Changement de type de contrat psychologique	239
Figure 36 - Redistribution du système des activités.....	240
Figure 37 - Evolution de l'état de santé (temps 2)	241
Figure 38 - Notre modèle explicatif des déterminants et des effets des situations	257
Figure 39 - Les différentes tensions qui influencent l'activité du travail (ANACT, 2009)	271
Figure 40 - Le schéma à 5 carrés (Christol, De Terssac cité par Daniellou, 1996)	272

Tableau 1 - Contrat transactionnel et relationnel selon de Vos (2009)	106
Tableau 2 - L'outil de recueil : le questionnaire	155
Tableau 3 - Répartition de la population par secteur d'activité	171
Tableau 4 - Répartition de la population par catégorie socioprofessionnelle	172
Tableau 5 - Nombre de mutations des sujets constituant notre échantillon dans leur organisation actuelle.....	173
Tableau 6 - Nombre d'années passées sur le poste de travail actuel.....	174
Tableau 7 - Etat de santé psychologique et retrait physique en début de suivi	177
Tableau 8 - Etat de santé psychologique et traitement psychotrope en début de suivi	177
Tableau 9 - Etat de santé psychologique et sollicitation d'une aide psychothérapeutique en début de suivi	178

Tableau 10 - Répercussions de ces situations de travail sur d'autres sphères d'activités.....	179
Tableau 11 - Situation contractuelle du travail en fin de suivi.....	182
Tableau 12 - Type de rupture du contrat	182
Tableau 13 - Cause du licenciement	183
Tableau 14 - Le sentiment de confiance perçu en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise	192
Tableau 15 - Le soutien social perçu en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise ...	193
Tableau 16 - Sentiment de confiance perçu selon le degré d'investissement dans l'organisation	194
Tableau 17 - Soutien social perçu selon le degré d'investissement dans l'organisation	194
Tableau 18 - Investissement organisationnel en fonction du parcours professionnel dans l'organisation vécu (ou non) comme une évolution positive	195
Tableau 19 - Influence du type de contrat psychologique sur le soutien social perçu	197
Tableau 20 - Sentiment de baisse de considération en fonction du secteur d'activité	200
Tableau 21 - Sentiment de baisse des récompenses en fonction du secteur d'activité	200
Tableau 22 - comparaison entre les éléments de dégradation relevés lors des entretiens et la classification des risques psychosociaux (DARES, 2010) .	207
Tableau 23 - Etat de santé morale en fonction du contrôle exercé par l'organisation	214
Tableau 24 - Etat de santé morale en fonction du sentiment de considération	214
Tableau 25 - Etat de santé psychologique en fonction de la perception de violation du contrat psychologique.....	216
Tableau 26 - Sentiment de perte d'autonomie en fonction de la perception de violation du contrat psychologique.....	217
Tableau 27 - Sentiment d'une augmentation du contrôle exercé par l'organisation en fonction de la perception de violation du contrat psychologique.....	218
Tableau 28 - Perception de stratégies de management par la peur en fonction de la perception de violation du contrat psychologique	218
Tableau 29 - Sentiment de confiance en fonction de la perception de violation du contrat psychologique	219
Tableau 30 - Investissement dans l'entreprise en fonction de la perception de violation du contrat psychologique.....	220

Tableau 31 - Perception de violation du contrat psychologique en fonction du type de contrat psychologique initial	221
Tableau 32 - Perception de violation du contrat psychologique en fonction du type d'engagement organisationnel	221
Tableau 33 - Evolution de la situation de retrait temporaire (entre le recueil du temps 1 et le recueil du temps 2).....	230
Tableau 34 - Situation professionnelles (recueil temps 2) en fonction des personnes (en arrêt maladie ou pas lors du recueil 1).....	231
Tableau 35 - Etat de la situation en fonction de l'évolution contractuelle (recueil temps 2)	232
Tableau 36 - Amélioration de la situation de travail en fonction d'une intervention de l'inspection du travail	234
Tableau 37 - Perception des stratégies organisationnelles en fonction de leur situation contractuelle (recueil temps 2).....	235
Tableau 38 - Effet des stratégies organisationnelles perçues sur l'évolution de la situation (recueil temps 2)	236
Tableau 39 - Relation entre actions juridiques engagées et stratégies organisationnelles perçues (recueil temps 2)	236
Tableau 40 - Perception de stratégies de harcèlement en fonction de l'attitude de résistance (recueil temps 1).....	237
Tableau 41 - Amélioration de la situation en fonction de la transformation du contrat psychologique de type relationnel	240
Tableau 42 - Evolution de l'état de santé en fonction de l'évolution de la situation (temps 2)	241
Tableau 43 - Amélioration de l'état de santé en fonction des stratégies organisationnelles mises en place (temps 2)	242
Tableau 44 - Amélioration de l'état de santé en fonction d'une rupture définitive de l'environnement du travail (temps 2)	242
Tableau 45 - Désengagement affectif en fonction d'un changement de représentation du travail (temps 2)	243
Tableau 46 - Amélioration de la situation en fonction de la transformation du CP de type relationnel en CP de type transactionnel (recueil temps 2).....	244

INTRODUCTION

En 2000 déjà, le Bureau International du Travail lançait un véritable cri d'alarme : stress et burnout seraient responsables d'un absentéisme croissant dans les entreprises. Depuis, le phénomène de mal être au travail, avec des conséquences parfois dramatiques, n'a cessé de s'accroître, les médias (spécialisés ou non) en témoignent régulièrement.

L'adaptation aux exigences fluctuantes du marché paraît désormais inévitable pour toutes les organisations (se trouvant en difficultés financières ou non) et la Fonction Publique n'est pas épargnée. Bien qu'il soit difficile de mesurer de façon précise l'impact des changements dans les structures du monde du travail sur l'activité des travailleurs, sont particulièrement mises en cause dans de nombreuses études et rapports l'accroissement de la productivité souvent accompagné de réductions d'effectifs, le rythme des renouvellements technologiques ou méthodologiques et les nouveaux modes d'organisation et de gestion du travail (organisations matricielles, externalisation de tâches, systèmes de reporting, etc.).

Les transformations profondes qu'a connu le travail sont à l'origine de contraintes nouvelles pour les salariés, c'est indéniable. Elles ont modifié les exigences de la tâche, source de stress, et altèrent également les collectifs, le lien moral, la relation de confiance entre le travailleur et l'organisation à laquelle il est lié. Elles introduisent de nouvelles approches de la pénibilité du travail. La surcharge de travail semble se situer désormais davantage sur les versants cognitif et émotionnel. Les facteurs des risques psychosociaux au travail mis en évidence par la littérature scientifique, bien qu'appréhendés et opérationnalisés en fonction des concepts et théories des différentes disciplines, soulignent l'importance des nouvelles pénibilités au travail et de leurs multiples conséquences physiques et mentales.

Le rapport du collège d'expertise rendu sur ces risques (2011), faisant suite à la demande du Ministère du Travail (élaborer « un système de suivi pertinent et efficace, en vue de mieux maîtriser les facteurs psychosociaux de risques au travail »), valide les postulats issus de la littérature scientifique. Les experts définissent six axes de prévention relatifs à « l'intensité du travail et au temps de travail, aux exigences émotionnelles, à une autonomie suffisante, à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail, aux conflits et à l'insécurité de la situation au travail ». Rappelons l'arrêté du 23 avril 2009, qui stipule que dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour « le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire ». Il s'agit d'un enjeu de santé publique. Car les répercussions du stress et de la souffrance au travail sont coûteuses et ce, non seulement pour les salariés eux-mêmes (pa-

thologies de la surcharge, de la peur, dépressions, etc.) et pour les entreprises (pertes de production, coûts de remplacement des salariés, turnover, etc.), mais également pour la société (journées arrêt maladie, départs en préretraite, etc.).

En effet, la souffrance et le stress au travail représentent aujourd'hui la principale cause de pathologie professionnelle avec les troubles musculo-squelettiques et les médecins du travail déclarent être de plus en plus sollicités pour traiter ces problèmes. Conséquemment les consultations spécialisées dans la prise en charge de la souffrance au travail dans les services de pathologies professionnelles se multiplient.

L'intérêt du sujet de cette recherche a émergé à la jonction de mes pratiques professionnelles et de mon parcours universitaire. D'abord une longue expérience en tant que cadre au sein d'une grande entreprise internationale, plus précisément dans l'ingénierie et l'animation de formations, notamment sur les facteurs humains, a abouti à l'acquisition de « connaissances du terrain » et de savoirs sur la thématique des facteurs humains. Cette phase du parcours professionnel a aussi permis de « vivre » le fonctionnement et l'organisation d'une entreprise en pleine mutation. Des questionnements issus de cette expérience est né le désir d'approfondir mes connaissances théoriques. S'en est suivie une formation universitaire (préparation d'un Master de psychologie sociale et du travail) qui a abouti par la suite à une reconversion professionnelle. Aujourd'hui, la pratique professionnelle en tant que psychologue est en grande partie axée sur la prévention et le traitement des risques psychosociaux au travail. Mes interventions dans les organisations visent à apporter une aide dans le développement de méthodes d'analyse et de prévention de ces risques, dans l'établissement de diagnostics collectifs et dans la mise en place de plans d'actions en vue de traiter ces situations, et de prendre en charge les personnes en difficultés voire très souvent en souffrance au travail.

C'est lors d'un stage de professionnalisation réalisé, en 2005 dans le dispositif « souffrance au travail », créé en 2002 dans le Service des Maladies Professionnelles et Environnementales (SMPE) au sein du CHU de Toulouse-Purpan, dont le caractère novateur est amplement reconnu, que cette recherche c'est concrétisée. Le dispositif correspond à un soutien formel proposé à des sujets qui se déclarent et/ou sont perçus en situation de souffrance au travail par les médecins (du travail ou généralistes). Le socle de ce dispositif, les entretiens psychologiques, que nous avons d'abord observés puis menés,

s'inscrivent dans la perspective d'une clinique psychosociale. Le psychologue procède à une investigation psychodynamique. L'objectif de la consultation étant d'analyser avec les personnes en souffrance « la part socialisée » des problèmes rencontrés au travail (Dejours, 1998), de comprendre avec le sujet la genèse et l'évolution des contraintes psychiques exercées par le milieu professionnel. Sont aussi explorés dans les entretiens psychologiques les rapports du sujet aux « objets du travail » qui se construisent au travers d'expériences d'autres temps et sphères de vie et qui sont « des résonances entre la situation et sa propre histoire » (Davezies, 2006). Ce travail de distanciation, cette compréhension du sens des émotions aboutit à une position réflexive qui va permettre au sujet d'accroître ses capacités à agir. En effet, ces situations de souffrance au travail correspondent à des moments de transitions psychosociales très anxiogènes qui empêchent la personne de se projeter professionnellement et parfois, conjointement, dans d'autres milieux de leur socialisation. L'accompagnement psychologique a pour but d'aider la personne à sortir de ces blocages, de la crise identitaire par la recherche de stratégies et conduites qui lui permettent de redevenir acteur de sa vie professionnelle.

Pour y parvenir, le psychologue s'attache aux perceptions de la personne, mais cherche aussi à identifier des éléments concrets de la situation de travail et de son évolution antérieure. De même, il va évaluer son état de santé. Car la consultation psychologique a aussi pour visée d'aider les médecins dans l'établissement du diagnostic et dans leurs prises de décisions (inaptitude, restrictions médicales, etc.). Il s'agit donc d'évaluer l'imputabilité de la dégradation de la santé psychique à la situation professionnelle et de donner un avis spécialisé sur la nécessité d'extraire (ou non) le sujet de son environnement professionnel (provisoirement ou définitivement). Plusieurs entretiens sont, en général, nécessaires.

Ce travail d'accompagnement psychologique qu'offre le dispositif du CHU, qui s'apparente à une investigation de recherche, correspond au cadre de cette thèse. Son contenu précieux en termes de recueil d'éléments concrets et de vécus de ces situations douloureuses a nourri les différentes étapes de ce travail. En même temps que nous nous interrogeons sur les déterminants et les effets psychosociaux des situations de travail actuelles en termes de stress et de souffrance, nous cherchons à comprendre plus précisément les effets de l'environnement professionnel en mutations plus ou moins accélérées, plus ou moins brutales sur la relation de travail et sur les personnes. Ce qui amène impérativement à saisir les processus psychologiques impliqués dans les réponses de ces personnes dans des contextes évolutifs. Nous avons donc recontextua-

lisé le débat sur la souffrance au travail dans le rapport social pour rompre avec une approche psychologique individuelle.

C'est à partir du concept du contrat psychologique que nous procédons à une « analyse génétique » des situations de souffrance, ce que permet la méthode diachronique que nous avons décidé d'adopter.

Le détour par la littérature scientifique du domaine nous montre que l'aspect dynamique de cette problématique ainsi que la considération de la multi-appartenance du sujet restent souvent occultés ou sous-estimés dans les recherches.

Nous allons, dans le premier chapitre, décrire les spécificités des contextes actuels du travail et expliquer comment ceux-ci transforment les conditions et relations du travail. Nous examinerons en quoi ils fragilisent le lien moral entre l'organisation et le travailleur. Nous allons aussi aborder les atteintes à la santé qui en résultent. Ce chapitre présentera aussi le contexte organisationnel de l'étude. Nous y expliquons le fonctionnement du dispositif de souffrance au travail au sein du service des maladies professionnelles du CHU de Toulouse.

Dans le deuxième chapitre, nous allons évaluer différentes approches du stress et de la santé mentale au travail issues de la littérature scientifique internationale. Nous présentons les approches stimulus-réponse (physiologique, transactionnelle et causaliste), les approches d'orientation psychosociales et cliniques. Nous soulignerons les limites et les apports de chaque modèle.

Le troisième chapitre sera dédié à la présentation du concept du contrat psychologique qui équipe le cadre théorique de la recherche. Le contrat psychologique (ainsi que nous le développerons) correspond à un système de croyances concernant les obligations et les bénéfices réciproques des deux parties engagées dans une relation d'emploi. La conceptualisation que nous adoptons offre la possibilité d'analyser l'évolution, voire la rupture, d'une relation d'emploi dans une perspective psychosociale apte à lier processus individuels et sociaux.

La problématique et l'hypothèse générale que nous avons choisies seront exposées dans le quatrième chapitre. Nous soutenons (comme nombre de recherches du laboratoire PDPS : Psychologie du développement et processus de socialisation) la conception d'un sujet humain qui, même dans des situations aversives, est susceptible de trouver (parce qu'il les recherche...) des prises sur ces situations, avec (ou contre) les autres partenaires (ou adversaires) de ses activités de socialisation-personnalisation. C'est une manière d'estimer que le sujet est réactif et actif. Il l'est dans le traitement des conflits

qu'il rencontre dans tel ou tel milieu de socialisation mais aussi face aux conflits qui existent entre ses milieux de vie. Soutenir ses tentatives pour mieux connaître ces conflits, par leur origines et leur répercussion (la souffrance au travail en est une, grave), l'aider à construire des visées et des actes pour les dépasser constituent des axes majeurs qui donnent charpente et buts au dispositif hospitalier (où s'est effectué notre travail). De ce dispositif le cinquième chapitre décrira plusieurs aspects, présentera notre rôle de psychologue-intervenante. Nous y préciserons les principales conditions de notre recherche (population, étapes, outils de recueil des informations, etc.). Nous tâcherons de marquer les liens étroits entre l'accompagnement psychologique qui se réalise concrètement au sein du dispositif et les points de recherche d'investigation adoptées dans la perspective de cette recherche de thèse.

Les observations cliniques issues des entretiens cliniques menées lors des accompagnements dans le dispositif seront présentées dans le chapitre six, tout comme les données descriptives de la population et des situations de travail saisies en début et en fin de suivi.

Dans les chapitres sept, huit et neuf nous allons confronter les résultats statistiques à nos observations cliniques pour les discuter à la lumière de la problématique de la thèse. Il s'agit d'abord des résultats relatifs aux causes de rupture du contrat psychologique. Puis nous présenterons des résultats concernant le processus de violation de ce contrat et des résultats relatifs aux effets des situations de souffrance sur les personnes, comme les conséquences sur la santé, les restructurations des activités de personnalisation, et la relation d'emploi. Le recueil effectué en deux temps distincts permet d'étudier l'évolution de ces effets.

Dans le chapitre de la conclusion générale, nous soulignons les apports scientifiques et pratiques de cette recherche. Nous préciserons notre modèle explicatif des déterminants et des effets des situations de souffrance au travail. Nous évoquerons d'une part les bénéfices d'un accompagnement psychologique tel qu'il est proposé dans le dispositif « souffrance au travail » et, d'autre part, l'intérêt d'une intervention pluridisciplinaire associant différents acteurs et modèles d'analyse et de pratiques, ensemble guidés par l'exigence de prévention des risques psychosociaux à laquelle doit concourir, avec les autres professionnels, le psychologue dont les compétences, les savoirs en matière de sciences du travail, des organisations, d'ergonomie, de formation nous paraissent indispensables.

CHAPITRE I

Situation de la recherche

I-1. DONNEES RELATIVES AUX CONTEXTES ACTUELS DU TRAVAIL

I-1.1. MUTATIONS DANS LE MONDE DU TRAVAIL

Le travail a connu au cours des dernières décennies de profondes transformations, les entreprises doivent s'adapter aux fluctuations accélérées du marché, ce qui se traduit par la mise en place de nouvelles formes d'organisation du travail. Cette mutation, datant de la fin des années 1970, précipite les organisations dans un nouvel ordre productif jalonné par le juste à temps, le zéro stock, la certification et la normalisation. L'organisation taylorienne, segmentée en divisions, départements, etc., a tendance à être remplacée par des fonctionnements par équipe projets, des structures matricielles. Dans ces contextes très concurrentiels, le client « remonte » dans l'organisation et impose ses exigences de coût et de qualité à chaque niveau de la « chaîne de valeurs » (Dupuy, 2005).

Les nouvelles exigences productives sont la responsabilité et la polyvalence. L'implication au travail est valorisée et la mobilité professionnelle requise. Sont en revanche remises en cause, la parcellisation du travail, la monovalence et la spécialisation (Lemoine, 2004). Nous assistons à une disparition des notions de métier et de savoir-faire.

On est passé à une logique de compétence qui remet en question la conception de la qualification souvent considérée de bureaucratique (Curie, 2000). Une qualification qui était préalablement acquise et sanctionnée par un diplôme, donnant droit à une embauche à un échelon de classification et de salaire correspondant au niveau de diplôme, et assurait ensuite une progression salariale, plus ou moins automatique à l'ancienneté. On assiste, depuis 1980, à un affaiblissement des marchés internes du travail (il y a moins de fidélisation du personnel, moins de formation interne, moins de promotion), à une diminution de l'ancienneté et à une augmentation des mobilités professionnelles dans et entre les entreprises.

Avec les changements technologiques, la pénibilité du travail se recompose autour de la surcharge, de l'effort cognitif et de la charge mentale (Weill-Fassina, Kouabenan, De la Garza, 2004). Ces changements technologiques s'accompagnent également d'une augmentation de la pression hiérarchique sur les salariés, notamment par un renforcement des contrôles sur les résultats, un accroissement de la productivité et de la qualité, des réductions d'effectifs...

Les salariés se sentent pris en tenaille entre la pression du contrôle de gestion et les attentes du client, et le rythme de ces renouvellements technologiques condamne parfois les salariés à la condition d'éternels débutants.

Ces changements et mutations s'accompagnent de la généralisation de la flexibilité qui s'exprime aux niveaux des contrats de travail, des lieux de travail, des structures organisationnelles, des technologies et au niveau de l'individu lui-même (Brangier, Lancry, Louche, 2004). La recherche de flexibilité et de réduction des coûts aboutissent, dans nombre de secteurs, à un développement des formes atypiques d'emplois, à un recours de plus en plus fréquent à la sous-traitance et à une pression sur les effectifs. Ainsi la précarité se diffuse dans l'ensemble du monde de travail, ce qui représente un facteur important de dégradation des conditions et sans doute aussi des représentations du travail.

I-1.2. CHANGEMENTS GLOBAUX ET TRANSFORMATIONS DU CONTENU ET DES CONDITIONS DU TRAVAIL

Les changements organisationnels se réalisent selon des fréquences de plus en plus élevées. Elles ont pour conséquences souvent, une dégradation des conditions de travail et des pressions psychologiques multiples qui peuvent menacer l'équilibre des acteurs et contribuer ainsi à la dissolution des collectifs de travail.

I-1.2.1. L'intensification du travail et la pression temporelle

L'intensification du travail peut prendre des formes diverses selon les différents modèles productifs des entreprises. Les organisations tayloriennes sont toujours à l'œuvre dans certaines organisations de travail et le travail à la chaîne est en progression notamment dans l'agroalimentaire (DARES, 1998). Le travail dans l'urgence permanente, qui demande attention soutenue et accélération des rythmes, constitue une agression pour l'organisme. L'urgence réduit les marges de manœuvre, ces temps de décompression utiles pour faire face à l'imprévu, aux aléas. L'intensification du travail et le sentiment d'urgence effacent les temps d'anticipation et d'organisation ainsi que le temps disponible pour l'apprentissage culturel (familiarisation avec la culture d'entreprise) social et professionnel (maîtrise de la fonction). « Dans ce contexte de bouleversements très rapides, toute vision autre qu'à très court terme est rigoureusement impossible » (Aubert, 2003, 81-88). Cette logique du court terme, conséquence directe de la logique des marchés financiers qui demande

à l'entreprise de présenter constamment des résultats positifs aux actionnaires, impose un rythme soutenu au salarié dans l'exercice de sa fonction. Ainsi, le temps de l'action prime souvent sur celui de la réflexion. Et la durée moyenne d'occupation des fonctions managériales et commerciales notamment est en baisse constante.

En contrepartie, le salarié de qui on exige une performance haute et immédiate, peut se comporter vis à vis de l'entreprise comme un « actionnaire ». Il peut attendre de l'entreprise qu'elle lui rapporte très vite un gain immédiat, une valorisation rapide de ses compétences lui permettant de grimper rapidement les échelons à l'intérieur ou à défaut à l'extérieur en la quittant.

Cette logique du flux tendu et du règne de l'urgence généralisé, serait aussi à l'origine de la dissolution du lien social et de la disparition des collectifs du travail (Aubert, 2003).

I-1.2.2. L'altération du lien social et la désolidarisation des collectifs de travail

La perte du lien social semble directement liée à diminution des temps « non productifs » évoqués plus haut. Selon Sennett (2000, 14), « le cadre temporel restreint des institutions modernes empêche la confiance informelle de mûrir ». Le climat de confiance est pourtant nécessaire pour faire face à certaines difficultés professionnelles, et mêmes personnelles, rencontrées par les individus. Les effets de la dissolution du lien social sont destructeurs pour les salariés et peuvent donc anéantir les effets bénéfiques à court terme pour les entreprises. Ainsi, les collectifs se perdent parce qu'il n'y a plus d'espace de dialogue « inutile ».

Les stratégies de régulation s'avèrent de plus en plus individuelles du fait de l'affaiblissement des collectifs. Ces collectifs possèdent pourtant une fonction de protection de l'individu et de sa santé mentale. Tout travailleur doit, pour accomplir sa tâche, gérer l'imprévu, le non prescrit et défendre son travail face à ceux qui n'en ont pas l'expérience (hiérarchie, clients etc.). Le collectif constitue une ressource essentielle pour affronter ces difficultés. Sans ce collectif de travail, le sentiment d'échec et d'incompréhension menace le salarié et peut le pousser vers la maladie. Davezies (2005b) nous précise que le sentiment de communauté constitue une défense vis à vis des attaques extérieures. En plus du rôle de protection, le collectif permet au sujet de s'exprimer, de se faire reconnaître et de se développer par sa créativité propre. Chaque travailleur a un style différent correspondant à son histoire, ses valeurs et représentations, et lorsque la mobilisation de chacun trouve écho chez les autres, alors le travail prend tout son sens et va enrichir en retour le collectif.

Il s'agit de la « stylisation du genre » (Clot 1999a). Les changements organisationnels ont pourtant tendance à pousser à la division, les collectifs sont déstructurés en particulier par le développement de la sous-traitance et de la précarité.

L'intensification du travail, la pression sur les résultats, la généralisation de l'urgence et la mise en concurrence délibérée des salariés poussent aussi à un recul des collectifs qui de surcroît est parfois interprété par les directions comme la conséquence d'une montée de l'individualisme. Il semble urgent, pour nombre de chercheurs et praticiens, de casser cet engrenage de l'isolement dont les répercussions peuvent aboutir à des pathologies de la solitude.

I-1.2.3. L'investissement subjectif encouragé mais fortement contrôlé

Les transformations du travail ont rendu l'activité beaucoup plus complexe, notamment par une augmentation de la responsabilité et des compétences des salariés. De même, le travail en contact direct avec le client peut en augmenter son intérêt. La performance requise correspond souvent à la capacité à faire face aux fluctuations de la demande, ainsi l'initiative, l'autonomie, l'engagement et la responsabilité sont demandés au personnel en général et non plus seulement aux hiérarchies. Nous avons assisté à un encouragement par l'organisation à « l'aspiration croissante des salariés à l'accomplissement personnel », Davezies (2005a). Selon Aubert et Gaulejac (1991), l'individu est mis en tension sur le plan narcissique par une ambiance élitiste. De même, l'individu mobilise ses mécanismes de défense contre l'angoisse (par des emplois du temps chargés, des résolutions de problèmes dans l'urgence, etc.) et que le salarié canalise l'énergie libidinale sur les objectifs productifs, par exemple par des promotions rapides. Les entreprises encouragent l'adhésion (par l'excellence, l'image de perfection etc.) et favorisent l'identification et la prise en charge psychologique des exigences de l'entreprise (l'autonomie dans l'organisation, l'auto-actionnariat, etc.). Ces modes managériaux reposent sur un ensemble de représentation (images, valeurs, idéal etc.) et un modèle de personnalité (désir de réussite, challenge, réalisation de soi, attrait pour la compétition, etc.). Les entreprises poussent à une implication des hommes ce qui représente un facteur essentiel de l'efficacité des organisations. Mais ce système « socio-mental » peut se payer par un fort coût humain. Il n'est pas rare que les bénéfices psychologiques à court terme (comme l'accomplissement personnel, le plaisir, etc.) soient contrebalancés par des souffrances psychiques (stress, désillusion, dépression...).

En parallèle à cette demande d'implication, on assiste à une perte de soutien de la part de la hiérarchie qui s'accompagne d'une rigidification du contrôle. L'encadrement, a de moins en moins de connaissance du terrain et ne peut plus accompagner les salariés techniquement. Des contrôles sont alors mis en place afin d'évaluer leur performance, ils sont souvent réalisés à partir d'enquêtes de satisfaction qui se traduisent par une pression sur le personnel. Nous assistons à une forte « procéduralisation », c'est à dire une prescription qualitative qui s'avère difficilement applicable parce qu'élaborée par une hiérarchie éloignée, nous l'avons précisé, et n'ayant plus la connaissance de l'activité. Les stratégies de régulation, rendant possible l'accomplissement des tâches prescrites, sont de plus en plus difficile à mettre en place et l'écart se creuse entre le travail prescrit (qui nécessite autonomie, responsabilité initiatrice, engagement...) et le travail réel (marqué par l'hyper-contrôle). D'après Davezies (2005a), si la question de la souffrance psychique émerge aussi fortement aujourd'hui, c'est parce que l'appel à la responsabilité s'associe à un cadrage sévère de l'engagement subjectif de l'acteur dans son travail.

I-1.2.4. Des conceptions différentes de la notion de qualité

La définition de la qualité représente un autre élément problématique dans cette mutation du travail. Pour le salarié, un travail de qualité doit être conforme aux règles du métier, ce travail de qualité permet aussi de le distinguer des autres et ainsi d'affirmer une culture professionnelle spécifique. Le salarié qui s'est approprié cette définition à travers différentes phases de socialisation (famille, école, travail...), se trouve confronté à une définition différente, voire même contradictoire. Les entreprises ne demandent plus à leur personnel de faire le mieux possible mais le « juste nécessaire » pour satisfaire leurs clients. Les oppositions entre les normes du marché et les normes subjectives se traduisent par un conflit de valeurs malheureusement présent dans beaucoup d'organisations. Les salariés ont parfois le sentiment de devoir faire abstraction des règles de métiers, des normes techniques et sociales fortement intériorisées ce qui entraîne des conflits d'éthique pouvant engendrer de la frustration, des doutes et un sentiment de ne pas être reconnu à sa juste valeur. Dans ce cas, l'activité ne peut plus jouer son rôle identitaire. Le sujet a le sentiment de ne plus pouvoir apporter, à l'œuvre commune, sa construction singulière et le processus de construction personnelle s'en trouve atteint.

I-1.2.5. Confrontation à de nouveaux rôles professionnels

De nombreuses organisations sont passées d'un concept technique, d'une logique de métiers, à un concept financier « design to cost ». Ces entreprises qui étaient souvent basées sur le travail dans la durée doivent désormais davantage focaliser sur la rentabilité, le court terme. Cette mutation entraîne des changements de gestion et d'objectifs mais aussi des transformations dans les rôles professionnels et leur exercice.

Le concept de profession est de moins en moins stable et les salariés ont dû développer de nouvelles compétences pour répondre aux aléas, comme la flexibilité, l'autonomie, l'anticipation et l'implication, nous l'avons mentionné plus haut. Les structures matricielles souvent mises en place avec un fonctionnement transversal, oblige les salariés et surtout les cadres, à prendre en compte plusieurs dimensions (les exigences des clients, la nécessité d'innovations technologiques, les ressources allouées, etc.) qui sont souvent contradictoires. L'expertise acquise au fil des ans ne représente plus forcément un atout et les plans de carrière ne sont plus systématiquement promus. Ceux-ci constituaient pourtant un rouage essentiel du contrat implicite que passaient notamment les cadres avec l'entreprise. Ces plans de carrière, qui donnaient aux salariés une certaine maîtrise de leur avenir, sont remplacés aujourd'hui par une gestion des ressources humaines « au coup par coup » au rythme des changements, ce qui génère de l'incertitude et sans doute des sentiments d'injustice liés aux prises de décisions. Le fonctionnement par projets, entraînant des réorganisations fréquentes, fragilisent les postes et fonctions des salariés qui peuvent à tout moment être remis en question et, de ce fait, la progression des carrières n'est plus assurée.

Les salariés doivent s'adapter aux attentes et exigences organisationnelles nouvelles, à des messages et à un langage nouveau (un langage « de gestion » souvent mal compris puisque jamais tenu et non enseigné auparavant). Ils doivent donc s'approprier de nouveaux rôles professionnels et réaliser l'apprentissage de nouvelles tâches et ils doivent assumer des responsabilités différentes.

Ces changements ne restent pas sans conséquence : on constate, en particulier chez les cadres, une réduction de la confiance et de la fidélité, davantage de turn-over et une réduction de l'engagement et de l'attachement à l'entreprise (même lorsqu'ils étaient élevés). Et, lorsque la recherche de la satisfaction dans le travail se solde par un échec, c'est l'opposé qui tend à appa-

raître, sous forme de stress, de souffrance ou de pressions diverses qui vont à l'encontre du bien-être au travail (Gangloff, 2000).

C'est dans ce contexte de mutation au travail et aux évolutions que nous venons de décrire que nous nous sommes interrogés sur les effets psychosociaux. Les phénomènes cités, caractérisent une évolution du rapport au travail et sont souvent source de stress et de souffrance pour les salariés. Ils ne restent pas sans effet sur leur santé.

I-1.3. LES ATTEINTES A LA SANTE AU TRAVAIL : REALITES ET ENJEUX

En effet, les facteurs (évoqués précédemment) comme la responsabilisation et l'individualisation des performances, la flexibilité accrue, la mobilité professionnelle, la charge de travail lourde, etc., accentuent les pressions psychologiques. Ainsi, une situation de travail, initialement perçue comme satisfaisante et intéressante, peut devenir en peu de temps stressante et anxiogène à la suite de changements organisationnels et de nouvelles modalités de management.

Les salariés bien souvent ne peuvent plus s'identifier aux nouvelles valeurs de l'entreprise (quand elles sont en contradiction avec leurs représentations basées sur la qualification par le métier, le maintien d'une tradition, les résultats techniques et la créativité). Ils sont confrontés à la nécessité de changer leurs attitudes et comportements en fonction de nouveaux impératifs auxquels ils ont des difficultés à adhérer, ce qui représente un facteur des crises identitaires. Ce passage à un « nouveau modèle » est difficile, les individus se sentent niés ou mal reconnus, parfois exclus. Ces crises perturbent l'image de soi, l'estime de soi et peuvent entraîner de la frustration, un sentiment d'insignifiance et de dévalorisation. Une des raisons du stress souvent évoquées, est le manque de reconnaissance dont dépendent la construction de l'identité et l'accomplissement de soi. D'après Davezies, (2005b, 24-28), « le doute sur leur valeur personnelle se fait instant, leur expression s'appauvrit et se réduit de plus en plus à une plainte. Cette plainte s'exprime dans le registre dépressif, associé à une très forte composante d'incompréhension, de désarroi et d'anxiété. Cette évolution s'accompagne très fréquemment d'une dégradation des relations familiales ».

Tous ces sentiments peuvent être caractéristiques de souffrances psychiques (stress, désillusion, etc.) d'où résultent des pathologies somatiques et psychiques. Ainsi, de ce monde du travail en mutation sont nées de nouvelles pathologies que les spécialistes répertorient sous quatre rubriques les : les pathologies de la surcharge, de la peur (chez salariés en rapport direct et perma-

nent avec la mort mais aussi avec la menace du chômage) et post-traumatiques (violences subies liées au rapport qu'ont certains salariés avec le public), harcèlement (pression en milieu professionnel, reproches et humiliations pouvant aboutir à l'isolement), dépressions, tentatives de suicides et suicides (Bressol, 2004).

La préservation de la santé au travail représente un véritable enjeu pour l'ensemble des partenaires, les salariés, les entreprises et les sociétés qui supportent ce coût à des titres et à des proportions variables et de surcroît dans le contexte actuel de vieillissement de la population. En effet, l'allongement de la vie active (nécessaire pour le financement de retraites) paraît difficile sans améliorations des conditions de travail.

Depuis 1989, les institutions européennes se sont penchées sur la problématique du stress au travail. Les actes normatifs pris par les institutions de l'Union Européenne fixent les règles que les états membres doivent inclure dans leur législation interne, tout laissant aux états membres le choix des moyens pour y arriver. Le rapport publié par la Commission Européenne en 1996 présente notamment les lignes directrices recommandées aux états membres en matière de gestion de stress sur le lieu du travail.

La France ne dispose pas de réglementation spécifique à la prévention du stress au travail. Toutefois, sur la base de l'approche globale de la prévention des risques professionnels qui prévaut depuis 1991, le chef d'entreprise peut organiser la prévention du stress. Dans le code du travail (article L.230-2) figurent notamment la nécessité d'adapter le travail à l'homme (limiter le travail monotone et cadencé et réduire les effets de ceux-ci sur l'homme) et la planification de la prévention (en y intégrant la technique, l'organisation du travail, les conditions du travail, l'influence des facteurs ambiants et les relations sociales, notamment en ce qui concerne les risques liés au harcèlement moral, tel qu'il est défini à l'article L. 122-49). La loi du 17 janvier 2002 précise, outre la définition et les sanctions du harcèlement, les obligations générales de prévention qui s'imposent à l'employeur.

Les organisations patronales et syndicales françaises ont paraphé les 24 novembre 2008 l'accord national interprofessionnel du 2 juillet sur le stress au travail. Celui-ci transcrit en droit français l'accord cadre du 8 octobre 2004, signé par l'ensemble des partenaires sociaux européens, représentatifs des employeurs sur le stress d'origine professionnelle. Cet accord attire l'attention sur les risques liés au stress et sur les mesures susceptibles d'être mises en œuvre pour prévenir ces risques. Cet accord engage contractuellement les partenaires, mais ne crée aucune obligation réglementaire nouvelle.

Désormais, avec l'arrêté du 23 avril 2009, sont rendues obligatoires, pour tous les employeurs et tous les salariés compris dans son champ d'application, les dispositions de l'accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008. Tous les salariés en CDI et CDD, des entreprises sous-traitantes et intérimaires sont concernés.

Parallèlement, dans le cadre des nouvelles lois sur les retraites de 2010, les entreprises ont l'obligation de négocier des accords sur la définition et la prise en compte de la pénibilité du travail, qui inclut les facteurs mentaux, afin de prévenir et/ou de limiter ce risque.

Ainsi, avec l'arrêté du 23 avril 2009, dès qu'un problème de stress au travail est identifié, une action doit être entreprise pour « le prévenir, l'éliminer ou à défaut le réduire ». La responsabilité de déterminer les mesures appropriées incombe à l'employeur. Les institutions représentatives du personnel, et à défaut les travailleurs, sont associées à la mise en œuvre de ces mesures mais le médecin du travail représente la ressource essentielle en termes d'identification du stress au travail (au travers des visites médicales systématiques ou à la demande). Lorsque le médecin du travail diagnostique une situation de stress individuel, il oriente le salarié en cas de besoin vers son médecin traitant ou vers un spécialiste approprié. Aussi, dans les services de pathologies professionnelles (la référence hospitalière de la médecine du travail), les consultations spécialisées dans la prise en charge de la souffrance au travail se multiplient. La première consultation de ce type a vu le jour en 1995 à l'hôpital Max Fourestier à Nanterre, aujourd'hui il en existe dans la plupart des grandes villes. A Toulouse, un dispositif souffrance au travail a été créé en 2002 dans le Service des Maladies Professionnelles et Environnementales au sein du CHU Purpan de Toulouse.

Nous allons décrire ce dispositif de souffrance au travail, qui est notre terrain de recherche, dans la partie qui suit.

I-2. CONTEXTE ORGANISATIONNEL DE L'ETUDE

I-2.1. LE SERVICE DES MALADIES PROFESSIONNELLES ET ENVIRONNEMENTALES

Le Service des Maladies Professionnelles et Environnementales (SMPE) fait partie du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse Purpan.

Les risques professionnels et environnementaux induits par des agents physiques, chimiques, biologiques, psychiques sont à l'origine de maladies diverses. Ainsi, ce service a pour but :

- de contribuer au diagnostic des maladies professionnelles,
- d'émettre un avis d'aptitude et d'orientation professionnelle,
- de participer à la surveillance post-professionnelle et/ou post-exposition,
- de mettre en place des consultations de dépistage (de risques professionnels et/ou branches professionnelles),

mais également :

- de participer aux recherches visant à mieux connaître les pathologies générées par le milieu du travail,
- de former les futurs médecins du travail.

Le Service des Maladies Professionnelles et Environnementales est donc amené à consulter des personnes adressées par les médecins du travail pour obtenir des avis de médecins spécialistes (ophtalmologue, dermatologue, toxicologue, pneumologue, cardiologue, neurologue, ORL, rhumatologue, néphrologue, neurologue, ergonome, psychiatre, etc.), ainsi que du psychologue attaché à ce service.

Ce service est considéré comme un centre de référence d'aide et de conseil pour les médecins du travail dans leurs prises de décision concernant :

- l'élaboration de diagnostics,
- la prononciation d'inaptitudes,
- l'aménagement de postes ou de temps de travail.

Il intervient également dans le suivi de maladies professionnelles (suivi post-professionnel ou post-exposition) et propose des dépistages de certains risques professionnels (auprès des entreprises et des travailleurs indépendants).

La Consultation Médico-Sociale d'Orientation (CSMO), un service autrefois rattaché au SMPE qui détient aujourd'hui un statut d'association autonome mais partage toujours les locaux du Service, a comme vocation d'essayer

de réorienter les salariés lorsque ces derniers ne peuvent être reclassés dans leur entreprise d'origine.

I-2.2. ORGANISATION ET EVOLUTION DU DISPOSITIF « SOUFFRANCE AU TRAVAIL »

Le dispositif de « souffrance au travail » a été créé en 2002, nous l'avons mentionné plus haut, dans le Service des Maladies Professionnelles et Environnementales.

A l'origine, ce dispositif était principalement axé sur le harcèlement moral. Dès le début des années 2000, il y avait un contexte social, politique et législatif en faveur de la reconnaissance et de la dénonciation du harcèlement moral psychologique du travail (définition du harcèlement moral en 2001 par le conseil économique et social ; succès médiatique des livres de Marie-France Hirigoyen ; loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 ...).

Ce dispositif se voulait innovant dans ses pratiques, pluridisciplinaire et expérimental (évaluation et évolution du dispositif) et les objectifs fixés étaient :

- d'aider à la prise de décision qui incombe au médecin du travail,
- d'aider à déterminer le lien entre la souffrance, voire la pathologie du salarié, et les facteurs professionnels (conditions de travail et environnementales),
- d'être source de propositions (prise en charge, pistes d'action, prévention),
- d'offrir un cadre d'écoute et de prise en charge pluridisciplinaire pour le salarié.

Ainsi, ce dispositif correspond à un soutien formel proposé à des sujets qui se déclarent et/ou sont perçus en situation de souffrance au travail (non exclusivement en situation de harcèlement moral). Ces personnes sont généralement adressées par la Médecine du travail. Ce dispositif réunit plusieurs acteurs, des médecins du travail et ergonomes, psychologues, psychiatres et médecin inspecteur du travail.

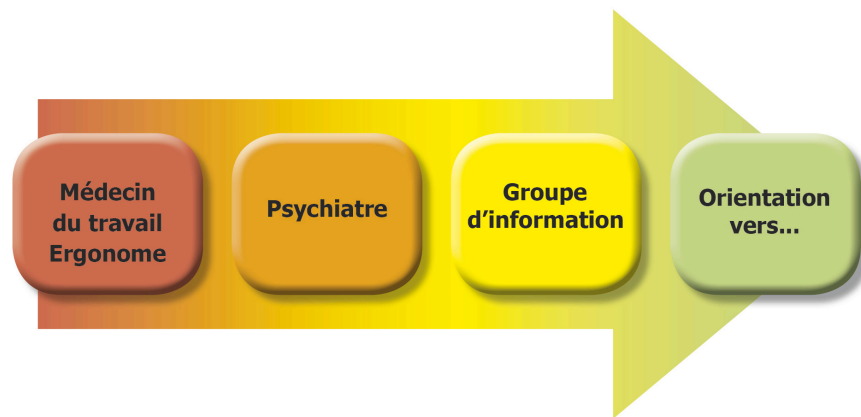


Figure 1 - Fonctionnement initial du dispositif « souffrance au travail » du CHU Purpan

Ce fonctionnement s'est transformé depuis la création en 2003 du poste du psychologue du travail. Le dispositif s'est élargi, il ne s'agit plus d'un fonctionnement linéaire mais d'un fonctionnement systémique. Les sujets, toujours adressés par un soignant avec un courrier d'accompagnement, sont reçus dans un premier temps :

- soit par le psychologue, pour les salariés adressés par les médecins du travail (et parfois par le médecin du travail ergonome du service),
- soit par le médecin du travail ergonome, pour les sujets envoyés par d'autres soignants.

Tous les soignants (du dispositif ou non), ainsi que le psychologue, peuvent en cas de nécessité, faire appel au psychiatre. Qui, lui même conseille parfois une consultation auprès du psychologue (ou du médecin du travail ergonome).

Pour pouvoir assister au groupe d'information, animé par un médecin-inspecteur du travail, les personnes doivent avoir rencontré, au préalable, un acteur du dispositif (psychologue, psychiatre ou médecin ergonome). Bien sûr, tous les acteurs peuvent décider d'une orientation vers un soignant externe au dispositif (ou une institution) en cas de besoin.

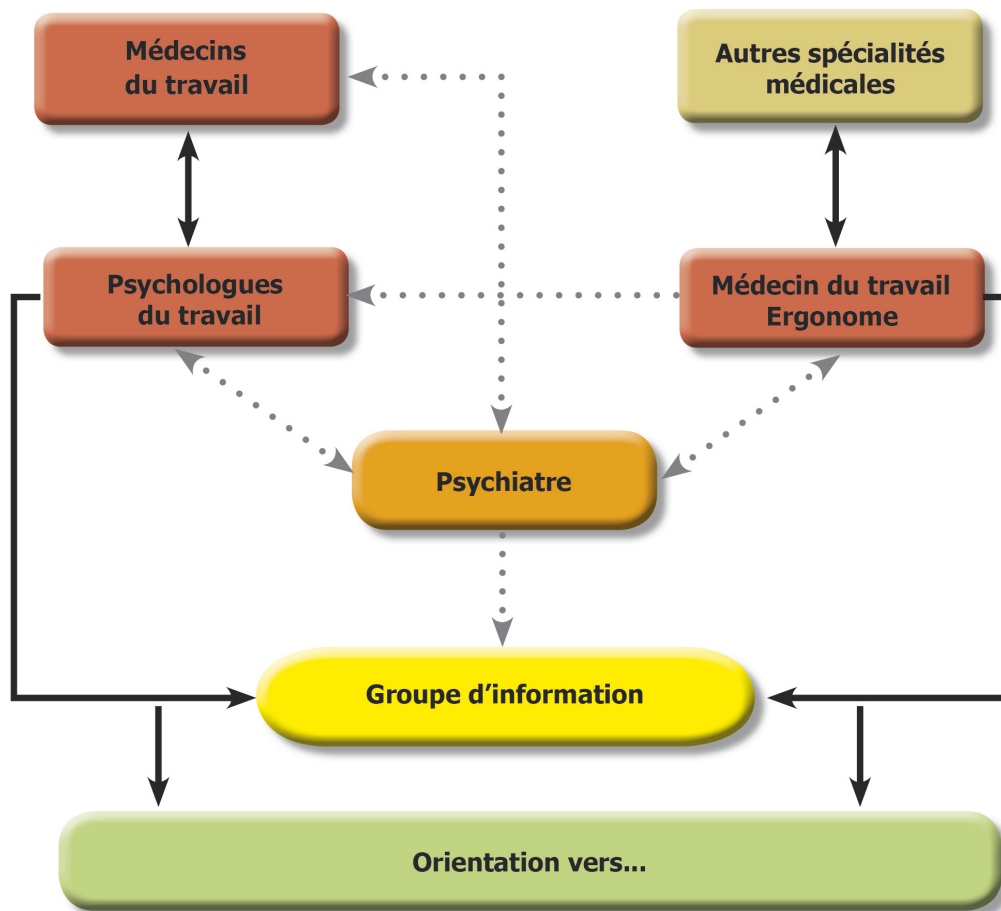


Figure 2 - Fonctionnement actuel du dispositif « souffrance au travail » du CHU Purpan

I-2.2.1. La consultation du médecin du travail ergonomiste

Cette consultation consiste en un entretien unique, le médecin en question va analyser la plainte du salarié et la demande de l'adresseur (soignants autres que médecins du travail) dans une perspective ergonomique, donner les conseils sur des pistes d'action possibles et décider, si nécessaire, d'une réorientation.

I-2.2.2. La consultation psychiatrique

Elle n'est pas systématique, le psychiatre reçoit les sujets qui lui sont directement adressés par les médecins du travail, ou les salariés réorientés soit par le médecin inspecteur du travail ou le psychologue du dispositif en cas de suspicion d'une psychopathologie sous-jacente. Plusieurs consultations sont

parfois nécessaires pour effectuer ce travail d'évaluation mais le dispositif n'assure pas de suivi thérapeutique individuel.

I-2.2.3. La consultation du psychologue

Elle vise à écouter et à analyser la plainte (repérage de processus et conflits sous-jacents, analyse de l'environnement professionnel, de la culture d'entreprise, du fonctionnement managérial, etc.), à construire ou à reconstruire le sens donné à la situation et à évaluer d'éventuels retentissements psychologiques et décompensations, à décider d'une réorientation si nécessaire.

Il s'agit également d'assister les médecins du travail dans la décision "d'inaptitude" et d'élaborer avec le sujet des perspectives d'avenir socio-professionnel. Peuvent surgir des pistes de réflexion sur la problématique organisationnelle impliquée dans la situation de souffrance psychique qui sont à partager avec les médecins de travail concernés.

I-2.2.4. Le groupe d'information

Ce groupe est animé par un médecin-inspecteur du travail, il s'agit d'une réunion collective, durant laquelle l'animateur transmet des informations théoriques et pratiques concernant :

- différents concepts théoriques,
- l'identification des acteurs ressources possibles (syndicaux, juridiques, etc.),
- le repérage des différentes stratégies de faire face.

Le but de cette réunion est de redynamiser les conduites de faire face, de favoriser les échanges et le soutien social et de rompre avec le sentiment d'isolement. Il s'agit de montrer aux participants qu'ils sont compris dans leurs attentes, de les mettre en confiance et de leur permettre de nouer des contacts avec des personnes vivant des situations similaires. L'animateur tente de motiver les participants au changement, (afin qu'ils ne restent pas passifs face à leurs souffrance) et essaye de les aider à développer des stratégies de faire face.

L'accent est mis sur le fait que cette réunion ne correspond pas à un groupe de parole. Compte tenu de la spécificité de ce groupe, la transmission d'informations, les sujets n'y participent qu'une fois. De même, l'accès n'est pas direct, nous l'avons dit, et sa fréquence est d'une réunion par mois.

I-2.2.5. Le projet de suivi collectif

Les personnes ayant participé au groupe d'information ont fréquemment émis le souhait de poursuivre ces expériences groupales. Leur demande a été prise en compte par le dispositif, un projet de suivi collectif a été mis en place à titre expérimental en 2005.

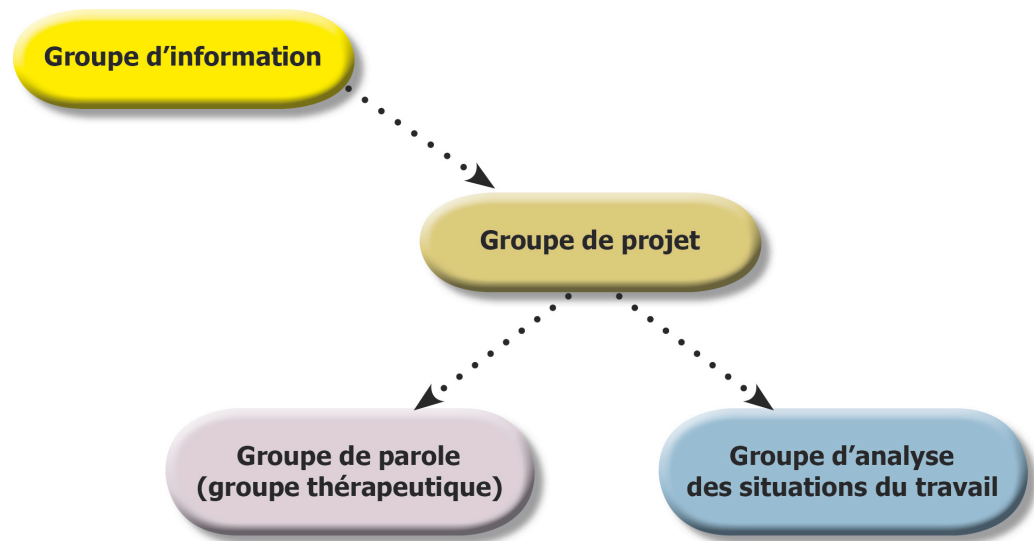


Figure 3 - Fonctionnement du projet de suivi collectif du dispositif

Une deuxième réunion (groupe de projet) est donc dorénavant proposée aux personnes ayant participé au groupe d'information animé par le médecin-inspecteur du travail. Le but de cette réunion consiste à analyser avec les participants comment ils souhaitent (s'ils le souhaitent) poursuivre cette expérience groupale. Deux possibilités (qui peuvent se combiner) s'offrent à eux :

- la participation à un groupe de parole animé par des médecins psychiatres. Il s'agit d'un travail de groupe sur les conséquences psychologiques de ces situations difficiles (des sentiments de peur, de culpabilité, de honte, etc.)
- la participation au groupe d'analyse des situations de travail animé par le psychologue du dispositif et un praticien psychologue du travail. C'est un lieu où les sujets peuvent tenter de donner un sens à leur situation par une prise de distance.

Il s'agit dans le cas du groupe d'analyse d'un dispositif de « recherche /action », ce qui explique la présence de chercheurs. Des dispositifs expérimentaux d'aide aux personnes en situation de souffrance au travail existent dans d'autres hôpitaux de France, mais seul ce Service propose une consultation de groupe. Une démarche d'évaluation de cette consultation de groupe est en cours, elle s'inscrit dans le cadre d'une collaboration entre le Laboratoire de psychologie sociale, du Travail et des Organisations de l'Université de Toulouse-le Mirail et ce Service de Pathologies Professionnelles et Environnementales. Il s'agit d'évaluer ses effets et plus particulièrement d'étudier l'appropriation du soutien social.

Cette recherche s'organise autour de l'objectif suivant : d'une part, décrire et tenter de modéliser les dynamiques collectives d'appropriation du soutien social (y a-t-il ou non une élaboration d'un groupe en tant qu'entité symbolique et imaginaire ? et comment les sujets font-ils, ou non, de ce groupe le moyen et le lieu d'une appropriation collective du soutien proposé ?). Puis, dans un deuxième temps seront examinés les effets de ces dynamiques collectives d'appropriation du soutien social sur les conduites de faire face des sujets et sur leurs représentations. Il est ainsi prévu d'examiner le processus d'appropriation dans sa double dimension : individuelle et collective. Selon les chercheurs, cette double dimension est essentielle pour expliquer, ainsi que pour comprendre, les effets du soutien social.

Les participants à ces groupes s'engagent à se rencontrer une fois par mois et ce pour une durée de six mois.

I-2.3. LES FONCTIONS DU PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL

Le rôle du psychologue (comme indiqué plus haut) s'inscrit dans les missions générales de ce service. Ainsi, il assiste les médecins du travail dans l'établissement du diagnostic, dans la décision "d'inaptitude" et dans l'élaboration avec les sujets des perspectives d'avenir socio-professionnel. Mais il participe également à la formation des médecins du travail et aux recherches visant à mieux connaître les pathologies générées par le milieu du travail.

I-2.3.1. L'organisation de sessions de formation

Le psychologue du service intervient à la fois :

- dans la formation initiale des médecins du travail. Il tente de sensibiliser cette population à la problématique de la souffrance au travail. Il insiste sur la nécessité de comprendre les processus et la dynamique qui ont abouti à ces situations problématiques avant de pouvoir intervenir. Ces sessions durent un jour.
- dans la formation continue des médecins du travail
- dans la formation (initiale et continue) d'autres professionnels de santé au travail visant à répondre aux besoins liés à l'intégration de nouveaux acteurs dans les Services de Santé au Travail qui sont en lien direct avec le développement de la pluridisciplinarité et l'élargissement de l'action de prévention (objectifs de la réforme actuelle de la médecine du travail), y compris la prévention des risques psychosociaux.

I-2.3.2. Présentation de cas cliniques à la CRAM

Une fois par mois des cas cliniques issus des consultations du service et facturés à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie (CRAM), sont présentés au médecin du travail de la CRAM. Le but étant d'identifier des risques professionnels et de prendre éventuellement des mesures de prévention. Ce médecin de la CRAM est informé de la maladie professionnelle et du tableau clinique du patient. Le psychologue du dispositif présente à cette réunion plusieurs cas cliniques de personnes qui ont eu recours à la consultation.

I-2.4. LA CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE

Dans la logique du dispositif, les personnes ont besoin d'une aide extérieure pour passer d'un rapport fusionnel au monde à une position réflexive

L'hypothèse de travail du psychologue est la suivante : « le fait de mettre des mots sur le ressenti de la souffrance va permettre aux personnes « d'augmenter leur capacité à en débattre et donc d'accroître leur capacité à agir ». Ainsi, le diagnostic de harcèlement moral ne fait pas que « nommer la situation, il la transforme » (Davezies, 2003).

Ces consultations psychologiques menées dans le dispositif s'inscrivent dans une perspective psychosociale car toute situation professionnelle engage le sujet dans son rapport avec lui même et avec autrui. Cet engagement im-

plique la confrontation avec l'organisation du travail, ses collègues, sa hiérarchie, avec soi, mais aussi la culture d'entreprise. Les rapports sociaux où se développe la souffrance sont complexes et contextualisés, ce sont aussi des rapports intra-personnels.

Cette perspective d'intervention est à la fois constructiviste et systémique, car au travail, les « choses » ne nous arrivent pas comme tombées du ciel, elles se construisent dans le temps et les activités accomplies par les personnes dans différents domaines de vie ne peuvent être isolées les unes des autres. Elles forment un « système », de sorte qu'entre elles existent des échanges, des « résonances », des ressources et des obstacles.

I-2.4.1. Objectifs des entretiens

Du côté des salariés, les objectifs de ces entretiens sont les suivants :

- offrir un espace d'écoute et d'analyse extérieur à l'entreprise,
- aider les personnes à « penser » ce qui leur arrive par :
- la co-construction du sens donné à la situation,
- l'expression et l'élaboration des conflits sous-jacents aux difficultés rencontrées,
- la compréhension du système de valeurs en jeu dans leurs activités,
- ouvrir le champ des possibles (recherche de ressources potentielles),
- tenter (si nécessaire) de susciter une demande de travail psychothérapeutique ou de soutien psychologique en élaborant la plainte initiale, et réorienter le cas échéant.

Du côté des médecins du travail, la consultation consiste à :

- évaluer l'imputabilité de la dégradation de la santé psychique à la situation professionnelle,
- aider à la prise de décision concernant l'aptitude médicale,
- évaluer les retentissements psychologiques et sociaux de cette situation de travail,

- proposer éventuellement des pistes de réflexion sur la problématique organisationnelle sous-jacente (des aspects relatifs aux conditions du travail, etc.).

Le psychologue procède à une investigation psychodynamique, il s'agit d'entretiens semi-directifs dont les visées sont multiples :

- tout d'abord, la rencontre avec le sujet. Il s'agit d'établir le premier contact (de créer une relation de confiance).
- à travers le récit du sujet le psychologue essaye de comprendre l'organisation de son travail (son rôle, les tâches prescrites et les tâches réelles, l'organigramme, les conditions de travail, l'existence d'un collectif éventuel, etc.).
- il est important pour le psychologue de connaître la structure psychique du sujet et sa ligne de décompensation en arrière-plan, de même que ses potentialités.
- il tente également d'ébaucher d'une stratégie thérapeutique ou d'aide (si nécessaire en vue de réorienter les sujets).

Au début de la première consultation, le psychologue analyse la demande (qui en est à l'origine et en quoi consiste-t-elle ?). Puis il présente le cadre de la consultation : il s'agit d'entretiens d'évaluation ou d'entretiens d'accompagnement, et non pas d'un travail thérapeutique. De même le psychologue ne peut intervenir dans les organisations, ni prononcer une inaptitude. Le psychologue détient une position de conseiller et non de décideur.

- L'entretien d'évaluation consiste à mieux définir la situation, les ressources et les retentissements de cette situation sur l'équilibre psychologique et sur les autres sphères de vie des personnes. Voici les principaux thèmes abordés dans l'entretien :
- le déroulement chronologique (les antécédents, les événements qui sont à l'origine de ce problème professionnel),
- les fondements et l'évolution du contrat psychologique (concept que nous expliquons dans le chapitre III) entre le salarié et son organisation (ou plus précisément sa hiérarchie),
- l'événement déclencheur de la situation de souffrance,
- la reconstitution de l'organigramme de l'entreprise,

- la description du poste qu'occupe l'employé,
- le réel du travail du sujet,
- l'évolution des relations avec le collectif de travail, la hiérarchie etc.,
- les changements organisationnels passés et/ou en cours.
- le vécu de la situation par les sujets,
- les stratégies individuelles et organisationnelles (élaboration des conflits sous-jacents à leurs activités),
- l'équilibre du sujet entre ses différentes sphères de vie (le psychologue fait référence au système des activités, également présenté dans le chapitre III),
- les symptômes psychologiques et somatiques,
- les stratégies de faire face mises en place et projetées,

Ce travail d'évaluation s'effectue au cours d'un ou de plusieurs entretiens.

Des entretiens d'accompagnement peuvent succéder à l'entretien d'évaluation. Il s'agit alors d'aider le sujet dans une éventuelle reconversion professionnelle, dans la concrétisation d'un projet de vie ou encore dans la transition vers la retraite.

Les consultations du dispositif font l'objet de notes prises pendant l'entretien. Ces entretiens ne sont donc ni enregistrés (pour des raisons d'éthique), ni notés intégralement. Cette prise de note a pour fonction la mémorisation des éléments qui paraissent pertinents au praticien. Ces dossiers des personnes peuvent être utilisés par le psychologue dans ses sessions de formation, dans des recherches servant à la prévention et, bien sûr, dans la rédaction des courriers de réponse adressés aux médecins du travail en charge des personnes venues en consultation.

Ce courrier a pour but de répondre à la demande du médecin du travail. Il comprend :

- la description du statut actuel du salarié : en activité, en arrêt maladie (depuis quand ? pour quel motif ?) ,
- le suivi médical (le traitement en cours, les antécédents psychiatriques connus),

- la proposition « d'un scénario » (d'une hypothèse de travail) décrivant le processus dynamique qui a abouti à la situation de souffrance,
- le lien supposé entre le vécu de la situation de travail et le retentissement sur la santé,
- les retentissements psychologiques et psychosociaux sur les activités,
- les démarches entreprises par le sujet,
- une proposition d'action à différents niveaux (individuel, organisationnel etc.).

Le salarié est mis au courant du contenu de ce courrier adressé au médecin du travail. Quelquefois le médecin traitant est mis en copie (avec l'accord du sujet), dans le but de justifier la proposition d'un retrait physique de la personne de l'organisation (parfois nécessaire). Dans d'autres cas, le médecin émet la demande (personnellement ou par l'intermédiaire du sujet) d'être mis au courant des conclusions de la consultation.

En aucun cas, le sujet ne peut réclamer une copie du courrier directement au psychologue. Néanmoins, il peut formuler une demande écrite à la cellule de communication des dossiers médicaux de l'hôpital, en vue d'obtenir l'accès à son dossier médical. Dans la rédaction de ces courriers, le psychologue applique les règles déontologiques. De même, il avertit les sujets désirant dans le cadre d'une procédure juridique inclure les différents courriers dans leurs dossiers que les parties adverses y auront alors également accès.

I-2.4.2. Méthodes de travail

L'analyse de la demande

Une demande est généralement exprimée par le médecin du travail (par courrier) qui souhaite que les personnes en situation de souffrance psychologique viennent en consultation dans le dispositif. Dès le début de l'entretien, le psychologue ayant pris connaissance de la demande du médecin du travail, tente de connaître les attentes du sujet vis à vis de l'entretien. Il va essayer de savoir si la personne a été mise au courant de la demande du médecin du travail et si ses attentes sont en concordance avec cette demande (ou si elles diffèrent).

Aussi, le psychologue va, après l'analyse de la demande, définir son rôle dans le dispositif : il va présenter le cadre de la consultation.

Cette analyse de la demande représente une étape capitale dans l'entretien, elle permet d'éviter des malentendus. Il arrive régulièrement que les sujets ignorent ou comprennent mal dans quel but ils sont orientés vers le psychologue du travail du dispositif, ce qui explique la crainte de certaines personnes (crainte d'être jugé, crainte des émotions qu'ils ne pourront pas contenir...). Les sujets souhaitent une écoute ou encore une aide pour reconstruire leur identité professionnelle ou pour élaborer un projet de vie, mais majoritairement, ces personnes cherchent à comprendre, à trouver un sens, une signification à ce qu'il leur arrive dans le but de mieux parvenir à gérer cette situation ou pour se protéger davantage dans une expérience professionnelle future.

Barrus-Michel (1987) nous dit que ce qui est visé dans la demande, même si celle-ci reste souvent diffuse et s'exprime en termes de malaise ou à travers un mode conflictuel, c'est l'accès au sens. Il arrive également que ces personnes cherchent (de façon consciente ou inconsciente) un soutien thérapeutique. Dans ce cas le psychologue tente de les réorienter car malgré l'effet thérapeutique que la consultation peut avoir, la mission du dispositif ne consiste pas en un accompagnement psychothérapeutique.

Bien souvent les personnes en souffrance choisissent de ne pas se confier spontanément à des psychologues ou psychiatres. Ainsi, pour Furtos et Laval (2005), il est important que les aidants (médecins ou autre personnel intervenant dans le milieu professionnel : assistantes sociales, infirmiers..., médecins traitants etc.) aient une attitude compréhensive et non « expéditive » vers un spécialiste. Ce qui se passe entre le sujet et le professionnel est, selon l'auteur, le fondement de toute clinique. Le mal-être des intervenants, résultant de cette souffrance est objet de la clinique psychosociale, Furtos et Laval nous disent « qu'il en est presque la condition », c'est lui qui les pousse à travailler en réseau.

Dans de nombreux cas, selon les auteurs, c'est pour conserver leur fierté que les personnes évitent d'exprimer une demande. Il devient alors nécessaire qu'un tiers (médecin du travail, thérapeute, etc.) la prenne en charge. Les conséquences de cette absence de demande, voire d'une récusation de l'aide, peuvent être lourdes « c'est le corps qui va finir par s'exprimer en l'absence d'une demande ».

Une perspective psychosociale

Les consultations s'inscrivent dans la perspective d'une clinique psychosociale. Le psychologue tente, avec le sujet, d'analyser « la part socialisée » du problème, puisque « l'aliénation sociale dans le travail résulte de contraintes

psychiques exercées de l'extérieur sur le sujet par l'organisation même du travail » (Dejours, 1998). Le but est d'analyser avec ces personnes en souffrance, la genèse et l'évolution de ces contraintes psychiques grâce à un travail de distanciation pour les aider à comprendre ce qui leur arrive. Le passage à cette position réflexive va aider la personne à lâcher son rôle de victime et conséquemment, elle permet d'accroître ses capacités à agir.

Selon nous, le diagnostic de harcèlement moral (souvent auto-proclamé par les sujets) peut rendre le travail de distanciation plus difficile. Ce diagnostic peut en effet inciter la personne à mettre en place des stratégies de faire face surtout orientées vers la demande de réparation. Le sentiment d'injustice et le diagnostic de harcèlement psychologique réunis, pourraient entretenir la blessure narcissique.

Ces personnes, en se proclamant « victime de harcèlement moral », ont souvent beaucoup de mal à se projeter sur un autre lieu de travail, et ce, même lorsqu'elles entament une procédure prud'homale. Le travail de deuil de leur passé professionnel paraît difficile et la raison évoquée de cette passivité (ce refus de développer des stratégies de projet) est quasiment toujours la même : ces personnes ne se sentent pas responsables de la situation, elles estiment donc que ce n'est pas à elles de prendre l'initiative d'une rupture, de quitter l'entreprise.

Le travail du psychologue consiste alors, grâce au travail de distanciation, à tenter d'aider les sujets dans la recherche du sens de leur situation. À travers la compréhension de ce qui leur arrive, ils peuvent se rendre compte de l'enlèvement de leur situation. Ils sont conduits alors à se questionner sur le rôle qu'ils jouent, le rôle qu'ils peuvent encore espérer jouer et surtout le rôle qu'ils « souhaitent » encore jouer dans leur organisation. Il s'agit d'un premier pas vers le changement.

Le psychologue va également sensibiliser les sujets au fait qu'il est difficilement envisageable d'entamer une procédure juridique contre son employeur tout en continuant à travailler chez lui (sauf éventuellement s'il s'agit d'une démarche collective). Cette procédure, dont la durée peut être extrêmement longue, va « impacter » la relation déjà conflictuelle. S'il y a demande de réparation, elle devrait s'accompagner d'un retrait physique de la personne de son milieu de travail.

De même, le psychologue va, afin d'éviter que le sujet se maintienne dans le rôle de la victime, s'éloigner de l'événement déclencheur, il va analyser avec le sujet le développement du contrat psychologique et son évolution. Ce travail d'analyse favorise la compréhension des événements et des relations conflictuelles entre le travailleur et son organisation. D'après Rousseau (2007),

des facteurs externes mais aussi internes rentrent en jeu dans la construction de ce contrat psychologique : il s'agit des antécédents organisationnels (comme des messages de l'organisation et des influences sociales de la part d'« insiders » de l'entreprise), des perceptions individuelles (en lien avec des expériences acquises dans les différents temps et sphères de vie : milieu familial, institutions ou expériences professionnelles antérieures) et des prédispositions internes (carrièreisme, etc...).

Robinson et Rousseau (1994) montrent dans leurs études que de plus en plus souvent les organisations ont tendance à ne pas tenir les promesses et les obligations qui font partie du contrat psychologique tel qu'il est perçu par le travailleur. Robinson et Morrisson (2000) différencient les conséquences de la rupture du contrat psychologique des conséquences de la violation de ce contrat : « la cognition que son organisation n'a pas assumé les obligations qu'elle avait prises (la rupture) devient une expérience affective et émotionnelle de détresse, de frustration et de colère à travers l'interprétation de cette rupture et des circonstances qui l'accompagnent » (op. cit., 525-546).

La signification de la rupture pour le sujet, son interprétation et évaluation « subjective » de la rupture, doit donc également être recherchée pour aboutir à la compréhension des événements afin de détacher le sujet de sa passivité et de la victimisation qui peut aboutir à l'incapacité, longue ou provisoire de pouvoir traiter ses problèmes. Cette orientation est primordiale, l'objectif du dispositif étant, rappelons-le d'aider les personnes à « penser » ce qui leur arrive par la co-construction du sens donné à la situation, par l'élaboration des conflits sous-jacents et la compréhension du système de valeurs.

L'apport de la « clinique médicale du travail »

Ce faisant, la méthode du psychologue s'apparente à la clinique médicale du travail définie par Davezies (2006). L'auteur insiste sur l'importance de la mise en récit des événements concrets qui amènent la personne à la consultation dans le but d'aboutir à la question du rapport aux objets du travail. Selon lui, ce sont les désaccords sur la façon de se comporter vis-à-vis de ces objets qui constitueraient la base des conflits interpersonnels. Ces rapports aux objets du travail se sont construits au travers des expériences antérieures, ce sont « les résonances entre la situation et sa propre histoire qui guident l'exploration du professionnel ». En consultation, mentionne Davezies (2006), l'attention aux objets mis en scène par le récit permet de dresser « la topographie du réseau » qui constitue l'identité professionnelle du salarié et, parallèlement, elle permet de mesurer si les transformations introduites dans l'organisation du travail peuvent constituer une « menace ou une amputation »

de cette identité. En effet, l'investissement au travail vise, au-delà de l'objet et de sa propre dynamique, « l'articulation avec l'activité d'autrui » de ce même sujet. C'est donc l'activité d'autrui qui appelle le développement de l'activité du sujet. Cette dynamique contribue au développement de la personne. Selon Davezies (2006), la possibilité d'accéder à l'autonomie et à la responsabilité concerne directement la conquête du statut d'adulte. Par contre les obstacles au développement de l'activité renvoient le salarié « à son narcissisme, au pôle infantile ». Ainsi, autrui est réduit à une fonction de miroir.

La fermeture de l'espace de développement renvoie le salarié à ses problématiques personnelles. La souffrance s'exprime alors souvent à travers un discours sur la reconnaissance traduisant l'amputation du pouvoir d'agir. Les impasses et parfois les violences (beaucoup plus fréquentes aujourd'hui) auxquelles se heurte le développement de l'activité, peuvent à tout moment interrompre ce processus. La situation devient dangereuse lorsque la pression sociale requiert une révision de nos orientations éthiques qui constituent « le socle vivant de notre personnalité », il en résulte un conflit intérieur qui constitue un risque pour la santé.

Pour diminuer la souffrance, selon Davezies (2006), il faut alors tenter de faire « émerger ce qui, dans le mouvement empêché, fait sens ».

Selon Davezies, la capacité à mettre des mots sur les difficultés rencontrées au travail constitue un enjeu majeur en termes de santé au travail. Souvent les salariés font appel au médecin du travail parce qu'ils n'arrivent plus à comprendre ce qui leur arrive. Il s'agit alors d'aider le salarié à comprendre le sens de ses émotions et les enjeux de son rapport aux objets du travail. « Menée ainsi, la consultation n'est pas très éloignée d'une démarche de recherche » (Davezies, 2006).

La technique de l'entretien

La méthode de travail comprend en plus de l'orientation théorique, « idéologique », précédemment décrite, une partie plus pragmatique : la maîtrise de la technique de l'entretien (un savoir-faire et un savoir-être).

En tant que « praticien » dans ce dispositif le psychologue doit :

- posséder des qualités d'écoute,
- savoir découvrir les résistances des sujets et à admettre leur problématique,
- être capable de rechercher leurs potentialités,
- et être en mesure de reconnaître ses projections personnelles (pouvant constituer des obstacles à la communication).

Il s'agit d'être attentif aux comportements non-verbaux (décoder leurs messages, reconnaître les silences vides et pleins, etc.) et de pouvoir distinguer différents mécanismes de défense (comme la projection, l'identification, l'évitement, le déni, la rationalisation, etc.).

Mener un entretien d'évaluation implique tout d'abord de comprendre les mécanismes propres à cette situation de communication et d'être capable de réguler la dynamique de l'échange. Bien évidemment, pour ce faire une attitude clinique est indispensable, une attitude d'observation « orientée vers la totalité de l'être humain qui lui fait face : un être humain concret, singulier et complet » (Rogers, 1945).

Pour l'auteur, dans la communication interindividuelle, comme dans la relation thérapeutique, l'essentiel est la création d'un climat relationnel particulier fondé sur quatre composantes qui correspondent aux quatre fondements de la démarche rogérienne : l'acceptation inconditionnelle de l'autre, l'authenticité, l'empathie et la neutralité bienveillante. S'inspirant de la méthodologie psychanalytique freudienne, Rogers introduit dans la situation d'entretien l'idée de l'usage d'une neutralité bienveillante qui doit permettre d'élargir le champ de l'observation.

La neutralité apparaît comme une technique, une spécificité professionnelle mais aussi comme une option politique (une méthode et un principe). Elle permet l'expression du sujet et permet au professionnel de maîtriser ses réactions spontanées. Elle autorise également de rompre le lien de dépendance toujours latent (que l'on retrouve dans tout échange), l'indépendance psychologique de tout individu et de son intégrité psychique étant primordiale.

Ces entretiens cliniques ont pour but d'aider le sujet à exprimer sa problématique et ses souffrances et à les comprendre en vue de développer des stratégies de faire face. Ce travail nécessite de la part du psychologue des capacités de distanciation (être en mesure de contrôler ses inductions, d'identifier et de comprendre sa propre implication affective et de s'en servir en élargissant son écoute), de contextualisation (prendre en considération la dynamique du sujet dans sa propre histoire) et de régulation (valoriser et faciliter le discours de l'autre, sans porter de jugement, accepter sans approuver, se passer de la reconnaissance de l'autre, questionner la relation transférentielle). Les contradictions du discours, par exemple, résultent en grande partie de la difficulté d'exprimer ce que l'on pense ou de l'interprétation qui est faite de ce qui est dit. Les trous et les omissions doivent être repérés durant l'entretien de façon à les explorer : ce sont des indices de résistances, de doutes, de craintes qui empêchent le sujet de s'exprimer.

L'activité d'écoute est productrice de significations : elle met en œuvre des opérations de sélection, d'inférence et de comparaison. L'activité d'écoute est pour Hoc (1990) « une activité de diagnostic ».

L'une des visées des entretiens est d'évaluer l'imputabilité de la dégradation de la santé psychique à la situation professionnelle et d'évaluer les retentissements psychologiques et sociaux en vue d'aider à la prise de décision concernant l'aptitude médicale. L'écoute est donc dirigée par des objectifs, c'est « une activité cognitive qui consiste à acquérir des indices, à produire des hypothèses, à interpréter ces indices, à tester les hypothèses par l'acquisition de nouveaux indices », (Blanchet, 2004, 152). Ce travail cognitif permet de répondre aux objectifs et de conseiller les médecins du travail. Ce travail aide à susciter une demande chez la personne de s'engager dans un travail psychothérapeutique sur le long terme.

L'autre objectif de la consultation consiste à répondre à la demande d'aide, ce qui requière une attitude adéquate, non investigatrice. Pour Rogers (1954), l'attitude de l'aidant ne doit pas être directive, mais centrée sur la personne pour que l'aide apportée soit efficace (dans le cas contraire, l'aide apportée peut rendre le patient soit dépendant, soit opposant). De même, selon la conception rogerienne, l'aidant doit se centrer sur le sujet (et non sur son problème), il s'agit de répondre au sentiment du sujet plutôt qu'au contenu intellectuel de ce qu'il dit (l'origine de la demande d'aide ne se trouvant pas du côté de l'intellect, du savoir). Une relation sur le « modèle rogerien » consiste en une prise de position a priori envers son interlocuteur. Les troubles psychiques seraient indépendants des circuits volontaires des sujets, ils se seraient construits une conception fautive d'eux-mêmes et de leur environnement et ils tiendraient à cette conception par narcissisme ou par ignorances d'autres schémas de représentation : seule la personne elle-même peut remettre en cause les schémas erronés ou inadaptés, si elle est à la recherche d'un mieux-être, d'un changement, ce qui correspond à l'objectif de la demande d'aide.

Cette technique favorise la parole, elle permet de rechercher des contenus latents et profonds. Le psychologue s'adapte de façon continue et permanente à la parole du sujet. Mais la non-directivité ne signifie pas la non-intervention, le psychologue lors de ses entretiens utilise des outils techniques ou des attitudes destinées à favoriser la libre expression du sujet. Les relances se font autour des propos des sujets, elles reprennent ou complètent des idées, soulignent, synthétisent, demandent une précision. Ces relances tendent à favoriser une rétro-action du sujet sur son propre discours l'amenant à « expli-

quer davantage sa pensée et développer le fragment de discours mis en question indirectement par l'intervention » (Blanchet, 2004, 153-156).

Le travail du psychologue du dispositif consiste à aider le sujet à prendre conscience et à analyser des questionnements individuels qui prennent des tonalités particulières lorsque, dans le milieu professionnel, ces questionnements aboutissent à des situations de rejet, de harcèlement etc. Ce travail nécessite de remonter en amont de la situation professionnelle, conflictuelle actuelle. Pour ce faire, le temps dont dispose le psychologue pour conduire ses entretiens (1h30 en moyenne) s'avère indispensable et plusieurs entretiens sont souvent nécessaires.

Mais ce travail nécessite que le psychologue se questionne sur sa propre subjectivité (ses angoisses, résistances, doutes, contre-transferts etc.). Il s'agissait de mobiliser, selon Molinier (2006), « sa propre subjectivité comme accès à la subjectivité de l'autre ». L'auteur précise que la souffrance d'autrui ne se voit pas, elle « s'éprouve ». Pour Molinier, la subjectivité est un « médium », le seul qui existe pour accéder à la subjectivité de l'autre. « L'étonnement est au fondement de l'attitude clinique », ce qui étonne est la « résonance entre la souffrance des sujets et celle du psychologue » durant l'entretien. Comprendre l'autre, implique dans un premier temps « d'être attentif à ce qui se passe en soi ». Au cours de l'entretien, le sens est construit progressivement dans un dialogue mené « pas à pas entre le psychologue et le sujet ». Il s'agit par là, de renoncer à toute posture évaluative pour tenter de mettre à jour le sens des conduites et des représentations.

La situation d'entretien confère ainsi un pouvoir dont il faut se servir de façon optimale et conformément aux règles éthiques, les interventions doivent aider le sujet dans son expression, à diriger celle-ci et soulager les éventuelles inquiétudes et angoisses, c'est à dire à lever des blocages.

Il convient pour poursuivre de faire un détour par les notions auxquelles nous aurons recours dans ce document de recherche.

Dans le chapitre suivant nous nous attacheront donc à resituer la notion de stress et quelques approches auxquelles ces processus ont donné lieu dans le champ de la santé mentale au travail.

CHAPITRE II
Quelques modèles théoriques
et approches du stress,
de la souffrance et de la sante
mentale au travail

Pour comprendre les mécanismes qui contribuent au maintien de la santé au travail, pour cerner les interactions complexes entre le travail, l'homme et sa santé psychique, plusieurs disciplines et courants de recherches ont proposé des modèles explicatifs qui diffèrent selon les contextes socioculturels et scientifiques et qui sont objets de travaux abondants. Mais il est nécessaire, avant d'aborder ces différentes approches, de définir (succinctement) le concept de stress et celui de souffrance.

II-1. LES CONCEPTS DU STRESS ET DE SOUFFRANCE

II-1.1. L'ORIGINE DES CONCEPTIONS SCIENTIFIQUES DU STRESS, L'APPROCHE PHYSIOLOGIQUE

Le terme « stress » a été introduit pour la première fois par Hans Selye (1907-1982), médecin-endocrinologue autrichien. Selye (2003) considère le stress comme une réponse de l'organisme face à l'agression d'un agent stressant (interne ou externe) en vue de résister, de s'adapter et de rétablir son équilibre interne. Face à une agression, les individus mobilisent leur système neuro-endocrinien pour se défendre contre l'agression. Selye a constaté lors de ces processus de défense, des effets métaboliques importants (sécrétion de cortisol et de catécholamines) qui accompagnent l'augmentation de la fréquence et de la tension artérielle. Selon l'auteur, la réponse à un stimulus stressant se compose de trois phases : la phase d'alarme (dès la confrontation à la situation évaluée comme stressante, des hormones sont libérées par l'organisme), la phase de résistance (si la situation stressante persiste il y a libération de nouvelles hormones, les glucocorticoïdes qui augmentent le taux de sucre dans le sang et ainsi l'énergie nécessaire) et la phase d'épuisement (état pathologique lorsque les résistances s'effondrent, libération d'hormones actrices pouvant nuire à la santé).



Figure 4 - Syndrome Général d'Adaptation (selon Seyle, 1956)

Ce phénomène, appelé Syndrome Général d'Adaptation, s'il se prolonge, peut entraîner en quelques semaines des symptômes physiques, émotionnels, intellectuels ou comportementaux risquant d'entraîner des altérations de la santé qui peuvent devenir irréversibles.

L'un des intérêts de l'approche physiologique est de comprendre les effets à long terme d'une surexposition aux hormones de stress.

II-1.2. LE STRESS : UN CONCEPT AMBIGU

Depuis une dizaine d'années on assiste à un tournant s'agissant de l'expression des salariés au sujet de leurs conditions du travail. De plus en plus, ils expriment leurs difficultés en termes de stress. Pourtant le terme stress reste extrêmement flou. C'est un mot devenu banal, que tout le monde utilise, sans vraiment savoir ce qu'il veut dire : « un fléau de notre époque ». On en fera le « mal du siècle », un de plus... Mais paradoxalement, en se banalisant, le stress acquiert alors une nouvelle dimension et « devient un vécu au sens psychanalytique du terme, nul n'y échappe » (Jainin, 2001).

Le stress serait également le résultat d'une pression normative, d'un nouvel impératif : « construire son identité personnelle » qu'Ehrenberg (1996) appelle, dans le contexte que nous avons décrit plus haut, « le culte de la performance » duquel les organisations actuelles savent tirer profit. Il correspondrait à l'impératif d'être soi-même, de se réaliser, de construire son identité personnelle, de se dépasser, d'être performant... Une pression psychologique serait subie, aboutissant souvent à la dépression, à une maladie identitaire parfois chronique qui correspond selon l'auteur à la souffrance d'un « sentiment d'insuffisance, de ne pas être à la hauteur, d'une impression de manque, d'un

affaiblissement du Moi d'abord et ce surtout à ses propres yeux » (Ehrenberg, 1996).

Une autre pression normative, source aussi de stress, est appelé par Aubert (2003) « le culte de l'urgence ». Sous la dictature du temps réel qui régit l'économie et avec les progrès de la technologie qui permettent la communication instantanée, l'urgence a envahi nos vies. Nous devons réagir « dans l'instant » sans pouvoir, par manque de temps, différencier l'essentiel de l'accessoire. D'après l'auteur, nous sommes passés d'une période où nous étions soumis au temps à une période où nous ne cessons de violenter le temps pour en tirer le maximum de profit et de plaisir. Ce qui donne l'illusion de maîtriser le temps, mais celui-ci nous rattrape sans cesse, puisque le gain de temps (grâce aux nouvelles technologies) implique d'en faire toujours plus. Ainsi, notamment dans la vie professionnelle, l'individu devient tyrannisé par l'urgence et débordé par le temps.

Le terme stress s'applique à la fois aux facteurs de l'environnement responsables (les stressseurs), à la réaction initiée par l'organisme pour tenter de contrecarrer les effets (la réaction de stress) et à l'état d'usure et souvent de délabrement dans lequel se trouve l'organisme.

Sa signification est très différente selon qu'il est utilisé comme mode d'expression de souffrances au sein de l'entreprise ou comme concept scientifique dans le domaine de la recherche.

Dans les organisations, ce terme est utilisé pour exprimer de façon synthétique les difficultés, la souffrance au travail, sinon la violence du travail, ses conséquences en termes de santé. Dans cette optique il peut correspondre à la fois à la surcharge, au surmenage, à l'usure, au harcèlement, à la souffrance, etc. Le terme « stress » a l'avantage, en raison même de sa polysémie, d'être moins chargé émotionnellement que le terme « souffrance ». Dans l'entreprise il est relativement admis de parler de stress, alors que parler de souffrance choque. Du côté du personnel ou de ses représentants, le terme est suffisamment explicite pour permettre de poser un problème, voire de porter une accusation tout en restant vague quant à son contenu.

Ce terme extrêmement flou permet à chacun d'y mettre ce qu'il veut, les effets de la mondialisation, les problèmes de communication et parfois même les problèmes de santé psychiques. Selon Clot (1999b, 26-27), « le mot stress est devenu pour les salariés un mot de passe pour dire, le mal vivre au travail, le mal-être, les processus de soumission dans lesquels ils sont parfois impliqués et surtout, le vécu d'impuissance dans lequel ils sont placés et qu'ils ressentent si fortement ».

Pour la direction des entreprises, le terme de stress présente certains avantages. D'abord, son potentiel de déstabilisation est limité par la nature

polysémique du terme, Davezies, (2001) nous précise « qu'en disant trop, le terme s'expose à ne dire à peu près plus rien ». Puis, le succès du discours sur le stress tient au fait qu'il autorise la dénonciation des mauvaises conditions de travail des salariés. Mais il place trop souvent uniquement le salarié au centre de l'analyse avec sa capacité à gérer son stress, professionnel et personnel (Bressol, 2004).

Ainsi, ce terme permet à l'organisation de prendre connaissance de son existence sans avoir à traiter les problèmes liés, qui eux sont en général renvoyés aux médecins du travail (et du même coup médicalisés).

II-1.3. LA SOUFFRANCE, UN CONCEPT QUI EVOLUE

« Parler de la santé est toujours malaisé. Evoquer la souffrance et la maladie, en revanche, plus facile : tout le monde le fait. Comme si, à l'instar de Dante, chacun portait en lui assez d'expérience pour décrire l'Enfer et jamais le Paradis », (Dejours, 2000, 27-30). La conception univoque de la souffrance comme malheur subi, une situation d'existence à laquelle nul n'échappe, s'est progressivement transformée.

Pour la psychodynamique du travail, la souffrance dans le travail commence au moment où elle devient pathogène, c'est à dire exactement là où la part créative du travail s'arrête. Mais pour les auteurs de cette approche, la souffrance peut être à l'origine de la créativité dans le travail. Pour eux, il existerait une souffrance créatrice qui se transforme en une expérience structurante et une souffrance pathogène dont le destin serait la maladie, qui intervient lorsque les défenses ne remplissent plus leur fonction protectrice (Moliner, 2006). Ainsi, la souffrance fait partie de la normalité si elle est supportée. Les individus ne subissent pas passivement la souffrance, ils s'en défendent. Ils peuvent en détourner les conséquences, en réguler certains aspects. Pour la psychodynamique du travail, souffrance et défenses forment un couple de concepts qui ne peuvent être dissociés. Ce concept de souffrance fait référence à l'expérience vécue, la vie vécue telle qu'on l'éprouve affectivement dans son corps propre. La souffrance est ici un affect. « Le plaisir dans le travail est tributaire de la mobilisation de l'intelligence et de la personnalité dans l'effectuation d'une tâche qui l'autorise, sous certaines conditions sociales théorisées en terme de reconnaissance » (Moliner, 2006, 59-64).

La psychodynamique du travail postule que le travail n'est jamais neutre, soit il est opérateur privilégié de santé, soit il est pathogène. Pour Dejours (2000), cette souffrance correspond à un espace de lutte entre le bien-

être et la maladie qui demeure en grande partie inconsciente, déniée et qui peut prendre la forme de peur, de la menace ou de l'ennui.

Furtos et Laval (2005) prônent une conception de santé mentale élargie. Il insiste sur la nécessité de distinguer la santé mentale et la souffrance des troubles mentaux à traiter, puisque selon l'auteur, les problématiques psychiques et psychosociales actuelles sortent de plus en plus du champ répertoire des maladies mentales. Au cours des années 1990, la notion de « souffrance psychique » s'impose pour rendre compte des pathologies posées à côtés des « morbidités habituelles ». C'est en 2002, que l'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP) a été créé. Furtos et Laval (2005, 32-36) définissent la santé mentale comme « la capacité de vivre et de souffrir dans un environnement donné et transformable, sans destructivité mais non sans révolte. C'est à dire la capacité de vivre avec autrui et de rester en lien avec soi même, mais aussi d'investir et de créer dans cet environnement, y compris des productions atypiques et non normatives ».

II-1.4. STRESS, SOUFFRANCE, VIOLENCE : UN MAL-ETRE EN AUGMENTATION CHEZ LES SALARIES

Les sondages en témoignent régulièrement, du haut en bas de la hiérarchie, les salariés français affirment que le niveau de stress ne cesse d'augmenter depuis les deux dernières décennies.

Les indicateurs issus de l'enquête conduite par la « DARES » en 1998, portant sur les conditions de travail montrent « une tendance forte à la perception d'une dégradation des conditions de travail », notamment de l'augmentation de la pression mentale.

Les résultats d'une enquête menée en août 2000 par « Liaisons-Sociales » montrent que 72% des salariés répondent éprouver du stress dans le cadre de leur activité professionnelle « souvent » ou « de temps en temps » (ils étaient 56% dans un sondage analogue un an auparavant), 58% estiment ressentir plus de stress qu'il y a quelques années et 56% pensent que le stress au travail va s'aggraver à l'avenir. De plus, 11% révèlent qu'ils ont eu un arrêt de travail maladie lié au stress du travail.

Un autre sondage réalisé auprès de 300 cadres actifs du secteur marchand entre avril et mai 2000 par « l'Institut Supérieur de Gestion du Personnel » révèle que 76% des cadres déclarent avoir été victimes du stress dans le cadre de leur travail.

Le sondage CSA réalisé pour « Capital » en juin 2001 confirme ces résultats : le « ressenti du stress progresse chez les cadres » : 86% d'entre eux ont

le sentiment que la pression augmente sans cesse. Ce sont les femmes les plus touchées (50% contre un tiers chez les hommes) et les cadres des PME (50 % contre 40 % issus de grandes entreprises). Le secteur privé ressent le malaise le plus fort (39% salariés contre 28% agents dans le secteur public).

Les résultats de la deuxième enquête européenne sur les conditions de travail (Fondation européenne de Dublin, 2000), a donné des résultats proches de l'enquête précédente réalisée en 1995 : le stress est cité par 28% des 21 500 travailleurs (cadres et non cadres) répartis dans les quinze états membres. Les raisons évoquées sont : un travail de plus en plus intense, de plus en plus déterminé par le client. La flexibilité concerne tous les domaines (temps de travail, organisation du travail et travail temporaire ou sous-traitance) et la cadence semble avoir la plus forte répercussion sur le stress.

La troisième enquête réalisée par la fondation de Dublin en 2004 indiquait qu'en France, 67% des salariés affirmaient être tendus ou irrités par leur travail, 47% se sentaient découragés, 14% consommaient des médicaments psychotropes.

Un collège d'expertise mis en place en 2008 à la demande du Ministère du Travail, qui a pour mission le suivi statistique des risques psychosociaux au travail, a retenu une catégorisation de ces risques en six dimensions : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, l'autonomie et les marges de manœuvre, les rapports sociaux et relations du travail, les conflits de valeurs et l'insécurité socio-économique. D'après les premiers résultats statistiques « les professions les plus qualifiées apparaissent confrontées à des exigences psychosociales relativement élevées, ainsi qu'à des conflits de valeurs plus fréquents mais sont moins exposées au manque de marges de manœuvre, de soutien social ou de sécurité économique que les professions peu qualifiées. Les salariés qui travaillent en contact avec le public subissent plus souvent que les autres des contraintes émotionnelles importantes. Les femmes sont plus exposées que les hommes au manque de marges de manœuvre, de soutien social et de reconnaissance au travail » (DARES Analyses, N°081, décembre 2010).

Dans la construction de l'être humain, le travail occupe une place centrale et des pathologies mentales peuvent survenir quand l'individu rencontre des problèmes dans le milieu professionnel, ou quand le travail l'expose à des changements organisationnels.

II-1.5. UN COUT NON NEGLIGEABLE

Les répercussions du stress au travail sont coûteuses à plusieurs égards pour la société mais les études réalisées sur le sujet sont peu nombreuses.

Le « Bureau International du Travail » (BIT, 2000) constate que les troubles psychiques sont de plus en plus fréquents et estime qu'un travailleur sur dix souffre de dépression, d'anxiété, de stress ou de surmenage. Selon cette étude, les pays de l'Union Européenne consacraient entre 3 et 4% de leur PIB aux problèmes de santé mentale (les coûts annuels s'élèveraient au moins à 20 milliards d'euros).

L'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la Prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles avance, dans une étude menée en 2007, le chiffre de 2 à 3 milliard d'euros, tel serait le coût économique annuel du stress au travail. Les maladies cardiovasculaires, les troubles musculo-squelettiques ou les dépressions, que peut provoquer une longue exposition au stress, sont les plus chères à prendre en charge par les soins qu'elles nécessitent et l'absentéisme ou les cessations d'activité anticipées qu'elles provoquent. L'institut public précise que les dépressions liées au travail représentent au minimum 1,5 milliard d'euros.

Dans de nombreux pays, l'anticipation de départ à la retraite pour cause de troubles mentaux est de plus en plus courante et ces troubles sont en passe de devenir le premier motif de versement des pensions d'invalidité (en Allemagne, près de 7% des départs précoces à la retraite sont à rapporter à cette problématique).

Dans son rapport de 2007, la Commission Européenne pour l'Emploi alerte sur l'ampleur grandissante de cette souffrance dans les organisations, « les problèmes liés à une mauvaise santé mentale constituent la quatrième cause la plus fréquente d'incapacité au travail ». Et l'OMS estime que, d'ici 2020, la dépression deviendra la principale cause d'incapacité au travail.

Ces coûts précédemment mentionnés, n'incluent pas les coûts indirects : les pertes de production, les coûts de remplacement des hommes et du matériel, les frais administratifs et juridiques, le préjudice commercial, la dégradation du climat social et de l'image de l'entreprise. Ces coûts sont évalués à deux à quatre fois le montant des coûts apparents. « L'état de santé de la population active dans chaque pays a indéniablement un impact immédiat et direct sur l'économie nationale et mondiale Ainsi, dans une vision purement économiste, et en excluant toutes considérations sanitaires, l'amélioration des conditions de travail constitue un investissement économique pertinent à lui tout seul », mentionne Bressol dans son rapport du Conseil Economique et Social sur les organisations du travail et les nouveaux risques pour la santé de 2004, II-112/113.

Il apparaît cependant que le dispositif actuel de connaissances des risques sanitaires professionnels reste très insuffisant surtout en ce qui concerne la connaissance des troubles psychosociaux liés au travail. Bressol (2004)

précise qu'il semble nécessaire de se doter de moyens permettant de mieux connaître ces risques, et par voie de conséquence d'agir et de prévenir, ainsi « le renforcement de la recherche dans ce domaine constitue un enjeu crucial ».

C'est vers la fin des années 1960 que le domaine de la santé mentale devient un axe de recherche en sociologie, en psychologie sociale et en épidémiologie. Les chercheurs de l'époque réalisent leurs travaux en se basant sur le concept biologique de Selye. Mais ce n'est que dans les années 1970, suite à un éveil relatif aux problèmes de santé mentale causés par le travail, que les véritables recherches sur le stress professionnel ont débuté dans les pays industrialisés.

Plusieurs approches prévalent dont nous allons indiquer maintenant les principales orientations et caractéristiques.

II-2. L'APPROCHE STIMULUS-REPONSE

La littérature anglo-saxonne traite la question de santé du travail essentiellement sous l'angle du stress professionnel et de ses incidences négatives pour les individus. Ce type de recherches a été favorisé par le contexte historico-politique de l'époque où les causes sociales furent négligées au profit des causes individuelles malgré les revendications des travailleurs et des syndicats, pour lesquels les conditions de travail avaient un impact sur la santé. Le patronat arrivait à maintenir l'idéologie de la responsabilisation du salarié, une idéologie qui tend à situer dans l'individu seul les déterminants de son équilibre et de son bien-être psychologiques.

Nous aborderons l'approche stimulus-réponse, caractéristique des recherches sur les questions de santé mentale au travail en termes de stress professionnel, sous deux angles : l'angle transactionnel et l'angle causaliste. Cette distinction est celle que Vézina (2003) a établi dans l'ouvrage collectif codirigé avec Neboit « Stress au travail et santé psychique » (Editions Octares).

II-2.1. L'APPROCHE TRANSACTIONNELLE

II-2.1.1. Processus d'évaluation et stratégies d'ajustement

L'évaluation de l'événement se fait en deux temps : dans un premier temps l'individu confronté aux agents stressants, essaie de saisir ce qui est en jeu, d'en apprécier le caractère menaçant et ce qu'il risque de perdre, il s'agit de l'évaluation primaire, c'est à dire le stress perçu. Le sujet tente ainsi d'évaluer si « la situation représente pour lui un risque de perte, ou de préjudice ou de menace à son intégrité physique, psychique ou professionnel » (Vézina, 2003, 48-50). Dans un second temps, le sujet va évaluer ce qu'il doit faire, c'est l'évaluation secondaire, le contrôle perçu. Elle porte sur les ressources personnelles ou environnementales que l'individu peut mobiliser pour réduire la tension de la situation. L'évaluation par l'individu de la situation problématique à laquelle il se trouve confronté dépend donc aussi de la perception qu'a l'individu du contrôle qu'il peut exercer sur la situation, c'est-à-dire des ressources qu'il croit posséder pour agir.

Pour répondre à cette situation perçue comme stressante, l'individu met en œuvre des stratégies d'ajustement (ou de coping), définies comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu » (Lazarus & Folkman, 1984, 839-852). Le processus de coping passe par l'action et par un processus de pensée.

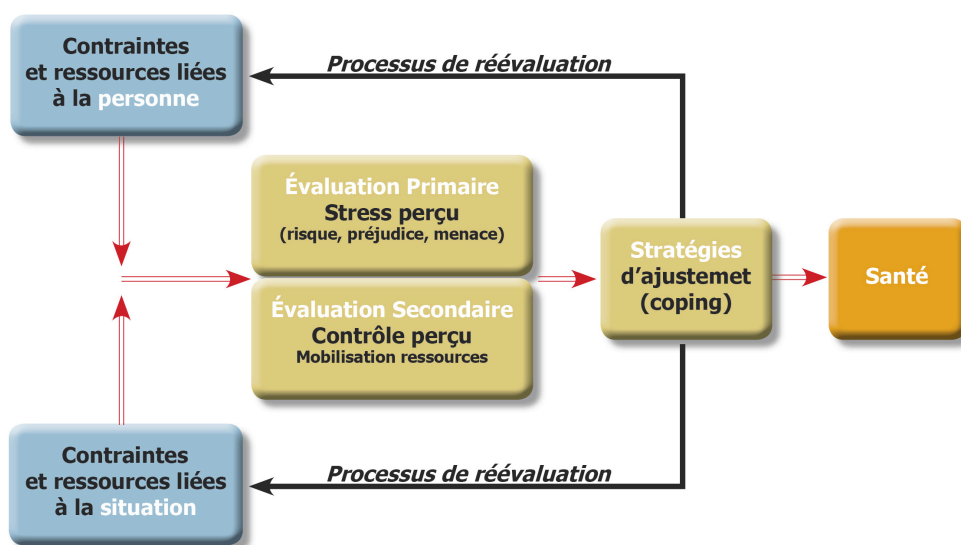


Figure 5 - Modèle transactionnel du stress (selon Lazarus & Folkman, 1984)

Rappelons que deux types de coping ont été initialement identifiés, les stratégies centrées sur la résolution du problème (des efforts en vue d'éliminer ou de contrôler les sources de stress) et les stratégies centrées sur les émotions (des efforts en vue de réduire ou d'éliminer les émotions engendrées par la situation). Lazarus et Folkman (1984) proposent une approche du « coping » en terme de processus actif dans lequel se trouve un sujet en situation de stress. L'auteur nous présente plusieurs postulats : les stratégies se définissent en termes de pensées et de conduites orientées sur la résolution du problème et de la gestion des émotions qui correspondent aux deux fonctions majeures dans la stratégie d'ajustement. Endler et Parker (1990) ajoutent une troisième fonction qu'ils définissent comme l'évitement du problème. Cette dernière fonction correspond, d'après les auteurs, soit à l'évitement orienté sur la tâche (ou distraction), soit à l'évitement orienté sur la personne (ou de diversion sociale). Ainsi, pour ces auteurs, les stratégies ne se limitent pas à un trait de personnalité, elles doivent être étudiées au regard des caractéristiques de l'individu, mais aussi en fonction des caractéristiques de l'environnement. Ces caractéristiques ne peuvent cependant à elles seules, déterminer les stratégies d'ajustement. C'est leur interaction qui détermine le sens que donne l'individu à la situation et qui influence sa réaction face à cet événement stressant, les stratégies d'ajustement. Pour Lazarus et Folkman (1984) les stratégies d'ajustement sont des réactions cognitives et comportementales et non les conséquences de ces efforts. De même, les processus d'évaluation et les stratégies d'ajustement entretiennent une relation synergique au sein de laquelle l'évaluation de la situation détermine les stratégies de « coping » et vice versa (Lazarus & Folkmann 1984).

La prise en compte des stratégies d'ajustement a provoqué un changement dans la façon de concevoir le stress. L'accent est mis davantage sur l'activité de la personne dans l'ajustement aux expériences stressantes que sur la description des événements réels ou potentiels porteurs de stress. La façon dont les individus tentent de s'ajuster aux difficultés et aux souffrances a suscité l'intérêt de nombreux chercheurs et deux autres conceptions théoriques sont apparues.

II-2.1.2. Différentes conceptions des stratégies d'ajustement

Pour l'approche structurale, le « coping » est considéré en termes de disposition stable. Ses auteurs considèrent que certaines caractéristiques de la personnalité prédisposeraient les individus à s'ajuster aux situations stressantes d'une certaine façon, les stratégies correspondent alors à un style de coping .

Roth et Cohen (1986), citent l'existence de 12 différents styles de coping et Costa et Mc Crae (1984) définissent 27 stratégies d'ajustement qu'ils associent avec plusieurs traits de personnalité et déterminent deux styles de coping : le « coping névrotique » (d'individus disposant d'une stabilité émotionnelle faible) et le « coping mature » (considéré comme « bon style d'ajustement » caractérisant les sujets extravertis).

Ces approches réduisent le coping à un aspect unidimensionnel et renvoient à un comportement constant et reproductible quelle que soit la situation. Les individus paraissent plus variables que stables dans leur mode d'ajustement aux circonstances.

Dans une perspective psychanalytique, le coping fait référence aux défenses du Moi, un ensemble d'opérations inconscientes dont le but est de protéger l'individu de ses émotions ou idées ou de certaines pulsions douloureuses. De tels mécanismes surviennent suite à un conflit intra psychique. Les travaux de la psychodynamique mettent en évidence un ensemble de stratégies défensives pour lutter contre la souffrance psychique produite par l'organisation du travail. Dejours (1995a) définit ces défenses en termes de stratégies inconscientes, intentionnelles, apprises et hiérarchiquement organisées. Il distingue celles pour qui l'apprentissage est produit directement par les interactions entre l'organisme et l'environnement (défenses biologiques) et celles qui nécessitent une aide. Ces dernières sont alors « acquises, construites apprises et sont surdéterminantes par rapport aux précédentes » (Ponnelle & Lancry, 2003, 59-67). Dans ces modèles, la modalité défensive est essentiellement focalisée sur la régulation affective, l'évacuation de l'angoisse et non à la résolution du problème créé par l'événement. Pour certains auteurs (Bruchon-Schweitzer & Dantzer 2003 ; Lazarus & Folkman, 1984), le coping et les mécanismes de défense ne peuvent se confondre, leur objet étant différent. Le coping agit sur les deux composantes de la transaction : l'individu et l'environnement et sur leur interaction (des processus conscients portés vers un but identifié), alors que les mécanismes de défense opèrent sur les processus perceptifs (donc inconscients). De plus, en situation de stress, maintenir l'équilibre émotionnel a une fonction tout aussi importante que d'essayer de résoudre le problème et, d'après ces auteurs, la conception des stratégies d'ajustement en termes de défenses ne différencie pas le processus (mécanisme de défense) de son résultat (adaptation).

II-2.1.3. Les ressources individuelles dans la dynamique du stress

Les ressources ont été définies par Lazarus et Folkman (1984) comme un ensemble de caractéristiques internes ou externes à l'individu qui vont permettre d'expliquer l'émergence d'un état du stress et l'élaboration des stratégies d'ajustement mises en œuvre pour affronter ces situations stressantes. Il s'agit des ressources environnementales/sociales, c'est à dire notamment le soutien social, un concept qui englobe un grand nombre de dimensions. Le soutien social comprendrait 4 composantes essentielles : le soutien émotionnel, le soutien d'estime, le soutien matériel et le soutien informationnel. Pour certains auteurs, le soutien social représente plus une stratégie d'ajustement particulière qu'une ressource (Bruchon-Schweitzer & Dantzer 2003 ; Lazarus & Folkman, 1984). Il existe également des ressources organisationnelles : le contrôle, l'autonomie, les conditions de travail. A noter que rares sont les recherches qui s'intéressent à ces ressources dans une perspective transactionnelle. Les ressources personnelles correspondent quant à elles aux caractéristiques démographiques, l'ancienneté dans l'entreprise, l'expérience, etc. La signification qu'un individu donnera à un événement dépendra de sa nature objective mais également de ses expériences antérieures nées par exemple de situations stressantes dans son histoire personnelle. Certains aspects de la personnalité sont supposés jouer un rôle déterminant dans l'ajustement (le type comportemental, le lieu de contrôle : interne ou externe ; robustesse ou endurance ; anxiété trait et névrosisme).

Ces variables sont désignées sous le terme de « ressources » car elles sont supposées influencer l'élaboration des différentes stratégies d'ajustement. Lazarus et Folkman (1984) les qualifient aussi de « facteurs de résistance au stress ».

II-2.1.4. Intérêts et limites du modèle

Un développement de la gestion du stress au niveau individuel

Avec le développement de cette approche à dominante cognitive du stress, émerge une nouvelle conception dans laquelle le stress dépend moins des conditions objectives que de la perception qu'a le sujet de l'équilibre ou du déséquilibre entre les exigences auxquelles il est soumis et les ressources qu'il peut mobiliser pour s'ajuster.

Le stress est généralement interprété dans l'approche transactionnelle comme débordement des capacités du sujet. Les techniques de « gestion du

stress » sont intégrées dans des « programmes d'aide aux employés » organisés par les entreprises (notamment anglo-saxonnes), visent à améliorer les stratégies d'adaptation affectives et instrumentales du sujet à la situation. Il s'agit de techniques de communication interpersonnelles ou d'affirmation de soi qui ont pour but d'apprendre à l'individu à mieux exprimer et gérer ses affects et de techniques qui facilitent la réduction de la tension que génèrent les pensées négatives ou qui permettent d'apprendre aux individus à prendre de la distance par rapport à leur travail ou à mieux gérer leur temps.

Ce sont des méthodes inspirées des thérapies comportementales qui laissent en marge les actions de restauration des ressources défensives collectives ainsi que la transformation de l'organisation du travail, elles ont en commun de renvoyer la responsabilité au comportement et à la personnalité des salariés.

Ainsi, l'approche transactionnelle laisse peu de place aux interventions ou aux recherches visant l'organisation du travail, « comme si on présupposait que ces conditions sont là pour rester et que la personne doit apprendre à composer avec elles » (Vézina, 2003, 48-50).

Les modèles transactionnels s'intéressent à l'activité du sujet « en situation de travail », mais principalement d'un point de vue cognitif. C'est une approche individualiste, puisque ce ne sont pas tant les facteurs environnementaux qui importent que l'aptitude de l'individu à évaluer la situation et à y faire face. L'organisation, et au-delà les structures sociales et leur influence sur les comportements des acteurs, demeure quasiment absente dans ce modèle.

II-2.2. L'APPROCHE CAUSALISTE

Cette approche cherche à établir un « constat collectif de la dangerosité d'un milieu » (Vézina, 2003), plutôt que de se limiter aux seules perceptions de l'individu. Ainsi, la primauté est accordée à l'environnement objectif. Depuis le début des années 1980, deux modèles issus de l'approche causaliste ont émergé de la littérature scientifique anglo-saxonne sur le stress au travail, le modèle Demande/Autonomie au Travail et le modèle Déséquilibre : Efforts/Récompense.

II-2.2.1. Le modèle « Demande/Autonomie au Travail »

Le modèle de Karasek, proposé à la fin des années 1970, est essentiellement utilisé dans les études épidémiologiques sur le stress au travail, sont

identifiées par questionnaires, les situations qui dépassent les capacités d'adaptation des individus (Karasek & Theorell, 1990). Ce modèle propose une explication du stress au travail en croisant deux types de facteurs de stress : la demande psychologique et le manque d'autonomie décisionnelle.

D'après Karasek et Theorell (1990) le niveau d'exigence en lui-même n'est pas prédictif des pathologies du stress. Le risque de développer un problème de santé (physique ou mentale) augmente avec la combinaison d'une demande psychologique élevée et d'une autonomie décisionnelle faible. Les demandes psychologiques correspondraient aux contraintes liées à l'exécution de la tâche : la quantité à accomplir, les exigences mentales, les contraintes de temps, etc. L'autonomie décisionnelle renvoie à la possibilité pour le salarié d'exercer un certain contrôle sur le travail à réaliser, à la possibilité d'être créatif et d'utiliser ses qualifications et à la capacité de développer de nouvelles compétences. Ainsi, le concept d'autonomie comprend deux composantes qui concernent toutes les deux la maîtrise du processus de travail. L'une se situe sur le versant de l'autorité et l'autre sur le versant de l'accomplissement de soi au travail. Le croisement de ces deux caractéristiques permet de définir quatre types de situations de travail.



Figure 6 - Modèle de Karasek du stress au travail (selon Karasek & Theorell, 1990)

Pour Karasek et Theorell (1990) la forte contrainte professionnelle produit une excitation, un déséquilibre. Si le sujet dispose d'une autonomie suffisante, alors il va pouvoir mobiliser de l'énergie pour trouver (retrouver) un équilibre. Ceci va contribuer à la construction de compétences, à son développement et à la préservation de sa santé. A l'inverse, si cette énergie fait défaut au sujet par manque d'autonomie, peuvent alors se manifester des perturbations des régulations physiologiques de l'organisme qui ouvrent la voie à des pathologies diverses.

La situation qui expose le plus au stress serait celle qui combine à la fois une demande psychologique élevée et une faible autonomie décisionnelle. Des résultats d'études montrent que l'association de fortes exigences et d'une faible autonomie vont s'accompagner d'une augmentation très nette des maladies cardio-vasculaires, des signes de souffrance psychiques et des manifestations dépressives (Karasek & Theorell, 1990 ; Stanfeld, Fuhrer, Shipley et Marmot, 1999).

Il semblerait toutefois, selon Karasek et Theorell (1990), que c'est surtout l'absence de contrôle que la personne pense avoir sur sa situation qui est primordiale dans l'apparition d'un état de stress.

A la fin des années 1980, le modèle s'enrichit d'un nouveau facteur, il s'agit du soutien social au travail. On en distingue deux types, le soutien socio-émotionnel (le degré d'intégration sociale et émotionnelle, la confiance entre collègues et supérieurs, comme l'esprit d'équipe et le degré de cohésion dans le groupe de travail) et le soutien instrumental (l'importance de l'aide et de l'assistance données par autrui dans l'accomplissement des tâches).

Le soutien social module le déséquilibre entre la demande psychologique et l'autonomie décisionnelle. De plus, selon Karasek et Theorell (1990), indépendamment des deux autres dimensions, l'absence de soutien social peut aboutir à l'isolement au travail qui apparaît comme un facteur de dégradation de la santé (manifestation de souffrance psychique, de maladies cardio-vasculaires et de pathologies ostéoarticulaires plus fréquentes).

Durant les années 1990 un autre auteur, Siegrist (1996), a proposé un déterminant supplémentaire dans le modèle « Demande/Autonomie au Travail » principalement pour intégrer une problématique nouvelle de l'époque, en particulier les effets négatifs de l'insécurité de l'emploi.

II-2.2.2. Le modèle « Déséquilibre : Efforts/Récompenses »

Ce modèle repose sur l'hypothèse qu'une situation de travail caractérisée qui se caractérise par une combinaison d'efforts élevés et de faibles récompenses, s'accompagne de réactions pathologiques sur les plans émotionnel et physiologique.

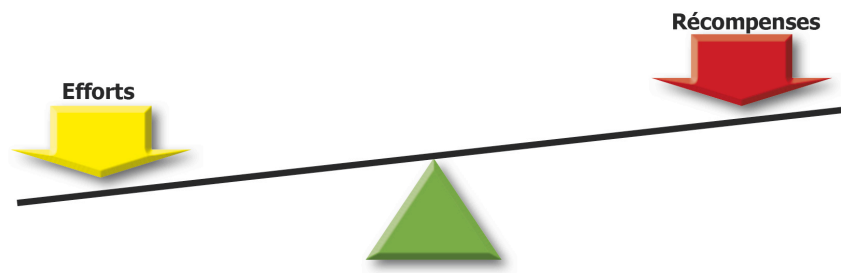


Figure 7 - Modèle Déséquilibre : Efforts/Récompense (selon Siegrist, 1996)

L'effort peut être extrinsèque, il peut correspondre à une augmentation de la charge de travail, aux nombreuses responsabilités, aux efforts physiques exigés, etc. Mais l'effort peut également être intrinsèque. Il peut s'agir d'un surinvestissement lié au sens du devoir, d'un besoin inné de se dépasser ou d'une envie de relever des défis. Ce surinvestissement se mesure par le besoin d'approbation, la compétitivité, l'hostilité latente, l'impatience, l'irritabilité disproportionnée et l'incapacité à s'éloigner du travail. Cette composante, liée au profil de personnalité, représente un ajout au concept de demande du modèle de Karasek.

La rétribution et la récompense peuvent correspondre au salaire, à l'estime, à la sécurité d'emploi ou encore aux opportunités de carrière. Siegrist (1996) met l'accent sur le manque de reconnaissance, le sentiment d'un déséquilibre entre la mobilisation et la rétribution. Le sentiment d'injustice apparaît, selon l'auteur, très prédictifs des atteintes à la santé. Aussi, des résultats d'études confirment que le sentiment d'absence de réciprocité lié au manque de reconnaissance accroît de façon importante la survenue de pathologies cardiovasculaires (Niedhammer & Siegrist, 1998).

D'autres études menées par Niedhammer, David, Bugel et Chea (2000) révèlent des disparités selon le sexe et le statut des salariés (agents d'exécution, agents de maîtrise et cadres). La comparaison hommes – femmes fait apparaître de façon significative, une moindre latitude décisionnelle et un plus faible soutien social pour les femmes que pour les hommes. De même, en évaluant l'importance du déséquilibre entre efforts et récompenses, associée à l'importance de la tension au travail (modèle de Siegrist), les auteurs consta-

tent que les femmes sont toujours dans des situations plus difficiles que les hommes et ce d'autant plus qu'elles sont à des postes d'exécution ou de responsabilité.

II-2.2.3. Intérêts et limites du modèle

Le modèle causaliste, actuellement dominant dans la littérature internationale, a permis d'aboutir à une connaissance scientifique non négligeable des liens entre certains phénomènes au travail et le développement de plusieurs maladies.

Cette approche représente un outil précieux pour alimenter le débat social dans les entreprises. Des questionnaires permettent d'objectiver la réalité de ces problèmes de santé mentale que l'on suppose engendrés par les modifications de l'organisation et par l'intensification du travail. Les bilans quantitatifs ainsi établis peuvent servir d'argument dans le cas de refus, de la part des entreprises, de reconnaître cette problématique. L'approche par un questionnaire permet de dessiner un portrait plus objectif de la situation (la perception des individus sur le contenu de leur travail) et peut enclencher le processus d'engagement de la direction dans la recherche de solutions.

Une enquête régionale, en cours de réalisation dans la région Midi-Pyrénées (Niezborala, Crouzet, Castro et Soulat, 2006), nous montre que l'approche causaliste reste encore très actuelle. Cette enquête concerne le vécu au travail et se réfère au modèle Demande/Autonomie de Karasek et Theorell (1990) et au modèle Déséquilibre : Efforts/Récompenses de Siegrist (1996). Face à la question récurrente des médecins de travail : « Comment évaluer les risques professionnels concernant la santé mentale ? » et à l'évaluation nécessaire pour la prévention imposée par la loi, l'étude s'est fixer comme objectif de construire une base de données régionale qui deviendra par la suite un outil pour les médecins de travail. Selon les auteurs, une telle base de données peut servir de référence (qui fait défaut en France) en vue d'évaluer les dimensions psychosociales du stress. Il s'agit de décrire la distribution des facteurs de stress professionnels dans une population représentative choisie (18 042 salariés, Hommes/Femmes, âgés de 16 à plus de 60 ans, ayant tous types de contrats, issus de branches d'activités différentes et appartenant à des organisations de tailles diverses). L'étude n'est pas terminée mais selon les auteurs, des résultats préliminaires montrent que plus la taille de l'entreprise est importante, plus les facteurs de stress professionnel augmentent et plus la satisfaction des salariés baisse.

L'approche causaliste s'applique au repérage et à l'identification des facteurs de stress professionnel. Mais elle ne permet pas d'aboutir à la compré-

hension de la dynamique conflictuelle qui génère ces situations de travail douloureuses. La santé n'est pas, en effet, exclusivement tributaire de la réalité objective, elle dépend aussi de la réalité subjective. Karnas et Hellemans (2003) se sont interrogés à posteriori sur la pertinence de la méthode (basée sur le modèle du stress de Karasek), adoptée lors d'une étude épidémiologique prospective menée en Belgique (Belstress, 2006). L'objectif de cette recherche était d'évaluer la relation entre le stress et les maladies cardio-vasculaires et la relation entre le stress et l'absentéisme professionnel. Deux des raisons évoquées de ce choix sont l'utilisation relativement simple de cette méthode et le nombre de recherches déjà menées sur les maladies cardio-vasculaires. Au vu des résultats obtenus, le stress perçu ne paraît pas dépendre d'une interaction entre demandes élevées et latitudes de décision faible, les auteurs insistent sur la nécessité d'une analyse plus « fine » de la situation.

Les modèles de l'approche causaliste font l'impasse sur l'activité du travail en tant que processus dynamique certes interactif mais également subjectif. Malgré l'apport considérable de ces modèles dans la production de connaissances scientifiques, l'action à visée transformatrice impose d'autres approches.

II-3. LA PSYCHOLOGIE DE LA SANTE

II-3.1. DES MODELES EXPLICATIFS MULTIFACTORIELS ET INTERACTIONNISTES

La psychologie de la santé (une discipline récente, officialisée en Europe en 1986), sous l'influence de chercheurs tels que Bruchon-Schweitzer et Dantzer, tente de mieux comprendre les facteurs comportementaux et psychosociaux ayant un impact sur la santé. Pour Sarafino (1990, cité dans Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003, p. 14), la psychologie de la santé consiste en « l'étude des facteurs et processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution », ainsi elle propose des modèles à la fois multifactoriels et interactionnistes.

La psychologie de la santé se détache d'une conception linéaire et unidimensionnelle et des modèles mécanistes du stress (comme le modèle biomédical). Elle intègre les processus intermédiaires (perceptifs, cognitifs, affectifs, comportementaux) mis en place par les individus pour faire face et qui modulent l'impact des « stressseurs ».

Aussi, elle ne rejette pas « l'idée d'une vulnérabilité particulière de certains sujets à des événements aversifs en raison d'un fonctionnement perceptivo-cognitif inadéquat » issue du modèle psychosomatique qui tient compte de l'interaction entre le sujet et une situation (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003, p. 18)

Selon Bruchon-Schweitzer et Dantzer (2003), les approches épidémiologiques (qui consistent à comparer des groupes malades et sains en recherchant rétrospectivement tous les facteurs les différenciant) n'ont que rarement apporté des résultats probants. Certaines études ont mis en évidence des facteurs de risques environnementaux, mais peu de facteurs psychogènes. Cependant l'auteur mentionne qu'il faudrait intégrer des styles de personnalité « à risques » dans les modèles explicatifs.

La psychologie de la santé « intègre des facteurs de risque décrits antérieurement dans des disciplines distinctes et, d'autre part, propose de mettre à l'épreuve des modèles interactionnistes prenant en compte l'activité et le fonctionnement actuels de l'individu vis-à-vis de ces facteurs contextuels », (Bruchon-Schweitzer & Dantzer 2003, p. 22).

Cette discipline reconnaît le rôle des déterminants de la maladie. Les modèles explicatifs en psychologie de la santé montrent deux types de prédicteurs de l'état de santé ou de maladie :

Les antécédents sociaux et biologiques mis à jour grâce à des résultats d'études épidémiologiques :

- le sexe (par exemple, les femmes subiraient de plus en plus de contraintes professionnelles et consulteraient davantage les praticiens),
- l'âge,
- des facteurs sociaux (selon certains auteurs, une situation professionnelle critique et un travail trop compétitif accroissent la probabilité d'être malade.

Les antécédents psychologiques :

- les styles de vie à risques (type de personnalités : de nombreuses recherches en psychologie de la santé ont montré que la dimension « hostilité-colère », propre à un type de personnalité, s'avère pertinente pour prédire un risque coronarien).
- les traits de personnalité (les traits pathogènes, comme la dépression qui accompagnerait beaucoup de maladies, ou l'anxiété-état qui se traduirait entre autres par une hypersensibilité aux situations aver-

sives ou encore par des perceptions de menaces ou de dangers et le névrosisme qui correspond, selon des auteurs anglais, à une détresse psychologique).

- les traits immunogènes (des dispositions de la personnalité jouant un rôle tampon face aux événements de vie comme l'optimisme, l'humour ou encore l'endurance).

Ces antécédents constituent un « terrain prédisposant nécessaire, mais non suffisant, pour induire seul une pathologie, certains facteurs pathogènes (stresseurs) viendraient alors précipiter l'évolution du processus morbide » (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003, p. 30). Les « déclencheurs », ces stresseurs, sont considérés dans ces modèles comme un « autre type de prédicteurs », il s'agit d'événements de vie ou de traumatismes.

Sont considérés dans ces modèles comme modérateurs de la relation entre prédicteurs (antécédents et déclencheurs) et critères (état de santé ultérieur) :

- le stress perçu et le contrôle perçu, des processus perceptivo-cognitifs : l'auteur fait référence à l'évaluation primaire (du stress perçu) et à l'évaluation secondaire (contrôle perçu) définis par Lazarus et Folkman (1984). « Plus que la gravité ou l'intensité d'un stressor, c'est l'écart perçu entre les exigences de la situation et les possibilités subjectives de contrôle qui a un effet stressant et par voie de conséquence un effet sur la santé » (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003, p. 32-33).
- l'anxiété-état, un état émotionnel. Selon Bruchon-Schweitzer et Dantzer (2003, p.33), l'anxiété-état correspond à un « ensemble de cognitions et d'affects momentanés » (contrairement à l'anxiété-trait qui est une disposition durable) face à une situation menaçante.
- le soutien social : plus que le social réel dont dispose une personne, c'est la perception qu'elle se fait du soutien qui joue un rôle modérateur face à des événements stressants.

Dans ces modèles, les critères (d'ajustement et de non-ajustement) définissent l'état de santé ultérieur (état de bien-être, de santé, de mal-être, de maladie).

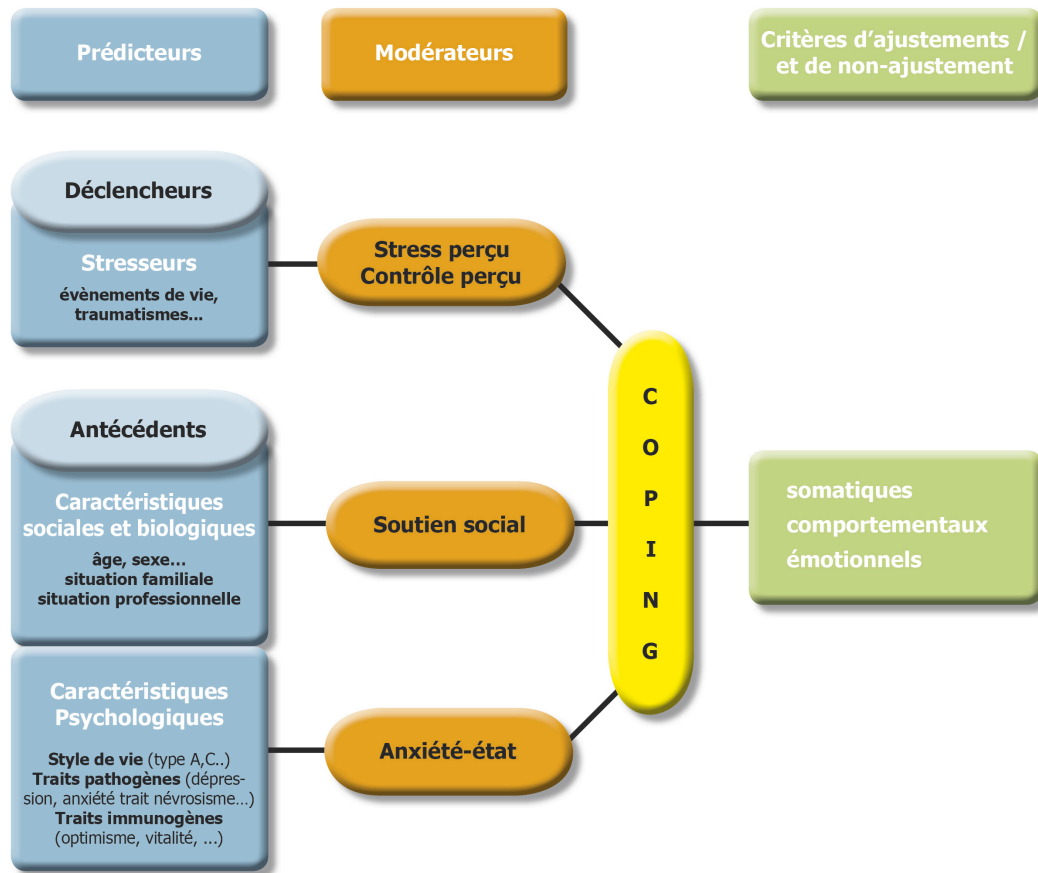


Figure 8 - Modèle explicatif en psychologie de la santé
(selon Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003)

II-3.2. INTERETS ET LIMITES DE CES MODELES

Bruchon-Schweitzer et Dantzer (2003, p. 36), mentionnent un manque de travaux actuels concernant les critères d'ajustement et de non-ajustement, contrairement aux prédicteurs et aux modérateurs qui seraient davantage étudiés. L'auteur reconnaît la difficulté d'évaluer la maladie, qui est le plus souvent « décrite à partir d'un ensemble de symptômes » (fréquemment biaisé par le caractère subjectif des plaintes) « plutôt qu'à partir d'indicateurs objectifs qui sont difficiles à obtenir et nécessitent des procédures d'investigation lourdes et (trop) intrusives ».

Pour Bruchon-Schweitzer et Dantzer (2003, p. 31), ce ne sont pas tant la gravité, la durée ou la fréquence des événements stressants qui sont pathogènes, comme le considère l'approche physiologique du stress (Selye 1976)

mais c'est davantage « leur retentissement émotionnel particulier sur l'individu ».

Ces modèles de psychologie de la santé défendent donc la vision d'un sujet actif face aux événements. Mais la dimension sociale ne semble pas assez prise en considération pour l'étude sur les déterminants et les effets de la souffrance au travail.

II-4. LES APPROCHES D'ORIENTATION PSYCHOSOCIALE ET CLINIQUE

Pour les approches francophones, auxquelles se rattachent la psychodynamique du travail et la clinique de l'activité, il est nécessaire d'analyser l'activité du travail et ses impasses si l'on veut comprendre, non seulement les transformations des organisations du travail, mais aussi les évolutions du rapport au travail et ses conséquences sur la santé.

« L'opérateur, sujet en action, intelligent, subjectif et plein d'ambivalences est engagé dans la situation de travail avec son histoire, sa personnalité, ses propres objectifs. Face à lui se situe l'organisation avec son histoire, ses objectifs, ses technologies. La compréhension de leur confrontation, de sa genèse, de son déroulement, de ses issues, passe par l'analyse de l'activité de travail à la fois de la réalité objective que de la réalité subjective » (Leplat, 1993, 1-5).

II-4.1. LA PSYCHODYNAMIQUE DU TRAVAIL (PDT)

II-4.1.1. De la Psychopathologie à la Psychodynamique

La psychopathologie que développe Dejours depuis les années 1970 s'inscrit dans l'héritage laissé par des psychiatres et chercheurs qui, dès les années 1950, tentaient de mettre en évidence les liens entre travail et maladies mentales. A la suite d'impasses de la recherche en pathologie mentale du travail, Dejours renonce à focaliser ses études sur les maladies mentales, il va déplacer ses travaux sur la souffrance et les défenses contre celle-ci. En portant le regard sur les stratégies défensives, son objet d'étude s'est transformé. S'opère un passage de la pathologie à la normalité qui a entraîné une nouvelle appellation pour désigner ces recherches : la psychodynamique du travail (PDT). Ce faisant, la PDT ouvre des perspectives plus larges. Elles ne concer-

nent plus seulement la souffrance, mais aussi le plaisir dans le travail ; plus seulement l'homme, mais le travail ; plus seulement l'organisation du travail, mais les situations de travail dans le détail de leur dynamique interne (Dejours, 2000). Cette approche a pu apporter un éclairage majeur sur les processus mis en place par les travailleurs pour rester « normaux » et pour retrouver le potentiel structurant d'un travail en tant que producteur de santé.

La psychodynamique du travail s'intéresse donc à « l'identification des éléments qui permettent au travailleur de maintenir un équilibre psychologique malgré les contraintes rencontrés dans son travail » (Dejours, 1995a), il s'agit donc « d'une analyse dynamique des processus psychiques mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail » (Dejours, 1995b).

La PDT postule que le travail n'est jamais neutre vis-à-vis de la santé. Ou il est pathogène ou il est opérateur privilégié de santé. La santé mentale au travail serait le résultat d'un équilibre dynamique et instable entre le besoin de l'accomplissement de l'individu, les normes sociales dont il dépend et le travail qui impose une productivité dans des contraintes connues.

La PDT s'appuie sur trois théories pour comprendre cette dynamique, la première se focalise sur le sujet en quête d'accomplissement. Cette recherche d'accomplissement personnel est liée à la quête d'identité dans le cadre d'un besoin pour l'individu d'apporter sa contribution à la construction d'une œuvre ou à la création sociale.

La deuxième théorie s'intéresse au travail qui dépasse la prescription. Inspirée de l'Ergonomie et de la Sociologie du Travail qui considèrent qu'il y a toujours une différence entre le travail prescrit et le travail réel ouvrant ainsi un espace d'ajustement sinon de créativité obligé par la résistance du réel, qui peut venir de l'environnement physique, des variabilités humaines ou encore des relations humaines. Cette résistance, en mettant en échec les savoir-faire habituels, mobilise la subjectivité qui peut être déstabilisante pour le sujet (source d'inquiétudes, de doutes, d'angoisses...) jusqu'à ce que l'effort prenne sens pour lui et autrui. Une organisation dite « structurante » pour l'identité d'une personne permet d'utiliser ses habilités et d'en développer de nouvelles. Ce qui aboutit à un sentiment de maîtrise de son environnement et d'accomplissement de soi, par contre dans une organisation de travail rigide, l'écart entre le prescrit et le réel est difficilement négociable. La rigidité peut alors devenir une source de tension pour le travailleur.

La troisième théorie concerne les rapports à autrui incluant le « nécessaire » jugement de l'autre. Ces rapports sociaux s'inscrivent dans le cadre de collectifs de travail ou de communautés d'appartenance. La fragilisation ou la destruction de ces collectifs de travail laissent l'individu sans repères et avec peu de possibilités de voir sa contribution reconnue par des pairs. La recon-

naissance au travail est un élément déterminant de l'accomplissement de soi et dans la construction de l'identité d'une personne (Dessors, 1995), elle est génératrice de sens et de plaisir au travail (Carpentier-Roy, 1989, 1995). Mais la non-reconnaissance peut-être source de souffrance mentale importante, « cette situation, si elle est maintenue peut amener le sujet soit à douter de lui-même et de son identité, ce qui entraîne une perte d'estime de soi et peut conduire à la dépression ou soit encore, à maintenir sa conviction de la véracité de son apport au travail, ce qui l'amène à vivre des sentiments d'injustice qui peuvent basculer dans la paranoïa » (Dejours, 1995b, 181-224). Pour la PDT, l'équilibre entre ces trois pôles (sujet, travail, rapports à autrui) est essentiel à la santé mentale et son absence va générer chez le travailleur de la souffrance mentale.

Selon les auteurs de cette approche, nous l'avons mentionné plus haut, souffrance et défenses forment un couple de concepts qui ne peuvent être dissociés. Face à la souffrance l'individu ne reste pas passif, il construit des stratégies défensives pour s'en protéger. La psychologie de la santé analyse celles-ci, mais ne les réduit pas à la dimension défensive. Ces défenses contre la souffrance sont souvent inconscientes. Elles empêchent de penser ce qui fait souffrir dans le travail et limitent ainsi sa transformation (Maranda, 2000).

La PDT cherche à comprendre pourquoi l'individu décompense et ce qui, dans la réalité du travail, constitue un obstacle à son développement psychique (Vézina, 2003). L'objet de la psychodynamique du travail est l'expérience subjective du sujet dans son environnement professionnel qui est invisible et ne peut être approchée que par la parole du sujet. Il s'agit d'une analyse phénoménologique du rapport « subjectif » du sujet au travail (Dejours, 1995b).

II-4.1.2. L'enquête en PDT : une co-analyse des conditions de travail et de la souffrance (2 exemples)

Les résultats d'une enquête menée au Canada par Carpentier-Roy, Saint-Jean, Saint-Arnaud, Gilbert (2000), sur les conditions de travail de conseillers syndicaux révèlent que les sources de souffrance énoncées par les conseillers, c'est à dire la surcharge de travail est d'abord une stratégie de défense. La surcharge n'était pas en soi une souffrance mais plutôt un signe de souffrance. Le travail de compréhension qui a été réalisé avec les conseillers a permis de saisir que les sources de souffrance se situaient au niveau symbolique et qu'elles étaient reliées à l'insatisfaction générée par l'absence de reconnaissance et par une autonomie limitée voire piégée. La surcharge est bien réelle et est produite en partie par l'organisation prescrite du travail, mais elle

est « surtout liée à la recherche de satisfaction au travail et au modèle d'idéalisation que les conseillers ont intériorisé en tant que professionnels et en tant qu'acteurs-sujets : déterminés et libres » (Carpentier-Roy & al. 2000, 97-102). D'après ces auteurs, devant la blessure identitaire liée à une autonomie « piégée », aux conflits éthiques et à l'absence de reconnaissance d'un travail qui incarne le sens d'une grande partie de leur vie, mais qui est difficilement quantifiable, les conseillers auraient mis en place la surcharge de travail comme principal comportement défensif. Le travail d'analyse, à travers les méthodes propres à la psychodynamique, a permis de saisir que ce « toujours plus », initialement mis en place pour contrer la souffrance induite par la blessure identitaire est devenu un comportement intériorisé et valorisé collectivement. « Travestie en idéologie, la surcharge se présente comme un choix délibéré et valorisant », ainsi les individus ont le sentiment de maîtriser la situation plutôt que de subir passivement le travail prescrit d'une organisation (Carpentier-Roy & al. & al. 2000, 97-102).

Selon les auteurs, ces idéologies défensives (comme dans notre exemple la surcharge de travail), seraient de plus en plus répandues dans de nombreux milieux de travail. Elles peuvent générer des effets pervers, dont celui propre à toute idéologie selon Arendt (1983, citée par Carpentier-Roy & el. 2000) de « bloquer la pensée ». Cette stratégie défensive qui s'inscrit bien souvent dans la conception qu'ont les sujets de leur métier, peut à court terme panser la blessure due à une difficile quête identitaire, mais à moyen et long terme elle représente le risque de dériver vers la pathologie.

La recherche-action en psychodynamique du travail réalisée par Rhéaume, Brun, Gilbert, Therriault (2000) dans un atelier de production, découle, quant à elle, d'une demande d'un syndicat qui cherchait à connaître l'impact des changements intervenus dans l'organisation du travail depuis quelques années sur la santé mentale des travailleurs. Les résultats d'un sondage effectué au préalable par ce même syndicat indiquent un degré important de stress perçu par les employés. Ce stress serait dû, selon les syndicats et les travailleurs (issus du secteur d'excellence choisi par la direction pour cette recherche) aux exigences extrêmes de précision et de qualité accompagnées d'une demande constante d'augmenter la productivité. Malgré la fierté des salariés d'appartenir à cette unité « étoile » de l'entreprise, l'attitude contradictoire de la direction provoque une blessure identitaire. La gestion axée uniquement sur le contrôle et la surveillance des erreurs au quotidien est contraire à l'image de marque présentée par la direction. La méfiance de la part de la hiérarchie envers ces salariés atteint leurs valeurs personnelles, leur niveau de professionnalisme et leur réputation auprès des collègues et des contremaîtres.

Si le souci de la perfection peut être une source de motivation structurante, quand il est accompagné d'une pression permanente sur la performance et le rendement, il devient une charge psychique constante. Les auteurs mentionnent que le mode de supervision infantilisant et le dispositif de contrôle rigide et humiliant (affichage et comptabilité des erreurs de chacun) suscitent des sentiments de peur et de honte qui déstabilisent le sentiment de compétence des travailleurs. La contradiction importante entre la fierté pour le travailleur d'appartenir à cette unité et le mode de gestion irrespectueux vis à vis de leurs compétences et de leur professionnalisme provoque une souffrance psychique parfois extrême. Comme stratégies défensives les travailleurs adoptent des conduites guidées par un fort individualisme. Selon les auteurs, « le comportement narcissique de l'excellence entraîne la mise en place d'un processus d'individualisation » (Rhéaume & al., 2000, 108-116). Mais ces stratégies individuelles sont également une conséquence des modes de gestion qui suppriment toute interdépendance entre les travailleurs et rendent ainsi la création d'un collectif très difficile. Les réactions individuelles sont dominées par l'impuissance collective, associée à la passivité et à la résignation, et elles révèlent une forte victimisation. Les réactions de groupe n'existent que dans le cas où la menace pour l'individu est trop importante, par exemple : lorsqu'il faut « neutraliser les nouveaux arrivants qui font du zèle » (Rhéaume & al., 2000, 122-127). Les travailleurs développent des stratégies « pour ne pas trop s'engager dans le travail ». Pour ces auteurs, ce « cercle vicieux de désengagement » accentue la perte du sens du travail, la perte de la reconnaissance de leurs compétences et accroît la souffrance qu'ils tentaient justement de diminuer grâce à ces stratégies défensives.

L'enquête en psychodynamique du travail vise à co-analyser avec les travailleurs les sources de la souffrance qui sont souvent exprimées sous la forme d'une plainte relative au malaise d'un vécu de travail difficile. Cette analyse des situations de travail suggère que le rapport au réel n'est jamais directement donné, il passe toujours par la médiation d'une action sur ce réel, notamment, comme nous l'avons plusieurs fois souligné, par les stratégies défensives. (Dejours, 2000).

II-4.1.3. Intérêts et limites du modèle

Pour la psychodynamique du travail, « la réponse à la souffrance psychique ne consiste pas à aider le sujet à s'adapter à la situation de travail », par des techniques de gestion du stress visant à améliorer ses capacités d'adaptation qui trouvent leur origines dans l'approche transactionnelle, « mais

il s'agit d'analyser avec le sujet, au plus près de sa situation concrète, les dilemmes dans lesquels il se trouve piégé et de l'aider ainsi à développer sa capacité à penser, à débattre et à agir », (Davezies, 2005a).

Cette approche d'ancrage psychanalytique, y trouve à la fois sa richesse mais aussi ses limites. D'après Vaxevanoglou et Ponnelle (1999, 279-288), « la confrontation entre l'organisation prescrite et la subjectivité en tant qu'expression de l'organisation réelle, telle qu'elle est vécue et ressentie, postule indirectement la mise au second plan de la réalité effective, à savoir l'activité, expression de ce que les individus font réellement pour accomplir leur travail et qui est incontestablement différent de ce qui est prescrit mais aussi de ce qu'ils disent faire ».

II-4.2. LA CLINIQUE DE L'ACTIVITE

II-4.2.1. Une perspective clinique en psychologie du travail

Pour l'ergonomie, analyser l'activité dans une perspective de compréhension du stress et des conséquences sur la santé, cela revient donc à se demander comment l'agent répond à la tâche prescrite, quelle représentation il en a, comment il la redéfinit, ce qu'il met en œuvre pour l'accomplir et quel est le sens de son action pour lui et pour les autres. La mission de l'ergonomie étant d'agir sur les conditions de travail pour les adapter à l'homme en vue d'écarter les dangers pour sa vie et sa santé, tout en respectant les objectifs de l'efficacité dans le registre de la production. Toutefois, l'activité représente à la fois, l'accomplissement de la tâche et l'expression de la subjectivité, en action et représentation. L'expression subjective de l'agent est indispensable pour accéder à ses représentations et par là même à la compréhension de l'activité et de ses conséquences.

Clot (1999a) cherche à contribuer au renouvellement de la tradition francophone d'analyse de l'activité (l'écart entre le prescrit et le réel). Il lui paraît nécessaire d'aller au-delà de cette conception du travail. Selon lui, il n'existe pas d'un côté la prescription sociale, et de l'autre l'activité réelle. Il existe entre l'organisation du travail et le sujet lui-même, un travail de réorganisation de la tâche : une re-crétion. Ainsi, le travail n'est pas seulement organisé par les concepteurs ou l'encadrement, il est réorganisé par ceux qui le réalisent, qui le questionnent et cherchent à se développer par les actes qu'ils élaborent en situation et avec autrui.

Clot (1999a) met l'accent sur la fonction psychologique du travail dans le développement du sujet. Ses travaux portent essentiellement sur la fonction de la subjectivité et du travail collectif dans l'activité.

Selon l'auteur, il y a donc entre le prescrit et le réel un troisième terme : le genre social du métier, le genre professionnel, c'est à dire les obligations sur lesquelles s'entendent ceux qui travaillent et leurs collectifs pour arriver à travailler. « Sans la ressource de cette histoire commune de la vie professionnelle, on assiste à un dérèglement de l'action individuelle, à une chute du pouvoir d'action et de la tension vitale du collectif, à une perte d'efficacité du travail et de l'organisation elle-même » (Clot, 1999a, 81-89).

Pour lui, le genre repose sur un principe d'économie de l'action, la partie sous-entendue de l'activité : « ce que les travailleurs d'un milieu donné connaissent et voient, attendent et reconnaissent, apprécient ou redoutent, ce qui leur est commun » (op. cit. 81-89). C'est comme un « mot de passe », connu seulement de ceux qui appartiennent au même milieu social et professionnel. Ainsi, cette mémoire impersonnelle et collective donne de la contenance à l'activité en situation.

De nos jours, les genres sont extrêmement malmenés dans les organisations, notamment par manque de temps accordé à l'organisation des collectifs eux-mêmes ou par leur destruction volontaire par des modes de management « individualisants ». Il devient difficile de s'accorder sur les contraintes et les possibilités communes du travail, et les opérateurs ont souvent recours à « l'usage pathogène et nécrosé des idéologies défensives de métiers » décrites par Dejours (1995b). Pour Clot (1999a), le renoncement au genre représente toujours le début d'un dérèglement de l'action individuelle. Le genre possède une fonction psychologique, il règle les relations interprofessionnelles. C'est à travers lui que les travailleurs s'estiment et se jugent mutuellement.

« Le genre est constamment exposé à l'épreuve du réel, toujours transitoire et c'est le travail du style qui produit une stylisation des genres susceptibles de les garder en état de marche, c'est à dire de les transformer en les développant » (Clot & Faïta, 2000, 7-43). Dans la terminologie de Clot, les styles métamorphosent les genres. Ils sont le « re-travail des genres en situation ». L'histoire d'un milieu de travail se poursuit grâce aux contributions stylistiques personnelles, « le genre vit dans le présent, se souvient de son passé et forme une mémoire pour prédire » (op. cit. 7-43).

Clot (1999a) propose de regarder l'activité réelle comme une activité qui s'accomplit entre deux mémoires (l'une personnelle, le style, l'autre impersonnelle, le genre). L'activité serait alors « le théâtre d'un mouvement aux directions opposées : stylisation des genres et variation de soi ».

Clot (1999a) illustre ses propos avec cette citation de Bruner (1991, p 48) : « Lorsque nous arrivons sur un lieu de travail, c'est comme si nous pénétrions sur une scène de théâtre où la représentation a déjà commencé : l'intrigue est nouée, elle détermine le rôle que nous pouvons y jouer et le dénouement vers lequel nous pouvons nous diriger. Ceux qui étaient déjà en scène ont une idée de la pièce qui se joue, une idée suffisante pour rendre possible la négociation avec le nouvel arrivant ».

L'agent n'est pas un simple exécutant de la tâche prescrite. Cette tâche s'inscrit dans son histoire. Pour Clot, à travers les contributions sociales auxquelles il est exposé dans son travail, le sujet se mesure aux conflits de sa propre histoire (des projets qu'il y a réalisés ou abandonnés ...). Le sujet redéfinit cette tâche par rapport aux tâches des autres et par rapport à la qualité de la vie collective.

Il s'agit, comme nous l'avons indiqué plus haut, d'une perspective clinique en psychologie ergonomique : une approche développementale du travail. Les dimensions physiologiques, affectives ou sociales ne sont pas externes au fonctionnement cognitif. Clot (1999a) tente d'en expliquer les rapports et la contribution de chacune à la réalisation des autres ou à leur inhibition.

Pour l'auteur (Clot & al., 2000), ce qui se fait (l'activité réalisée) est l'actualisation d'une des activités réalisables dans la situation (celle qui a vaincu dans le conflit avec les autres concurrentes). Donc, l'activité c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce que l'on aurait voulu ou pu faire et ce que l'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire. Faire c'est souvent et tout autant refaire ou défaire. « Les activités suspendues, contrariées, empêchées et les contre-activités » doivent aussi être analysées puisqu'elles ne sont pas absentes pour autant et qu'elles pèsent dans l'activité présente. Elles peuvent rendre compte de l'évolution inattendue de certaines activités, de certaines impasses et d'éventuelles souffrances. L'objectif de cette approche est moins l'activité en tant que telle mais le développement de cette activité et ses empêchements. Il justifie, pour Clot, l'adoption de méthodologies nouvelles dont l'auto-confrontation.

Dans la perspective de la « clinique de l'activité », c'est la dynamique d'action des sujets qui est analysée en situation. Elle concerne ce que les hommes font des épreuves qu'ils traversent et les solutions qu'ils trouvent ou ne trouvent pas pour s'y mesurer. Les auteurs de ce courant proposent de faire une co-analyse qui mise sur un développement des sujets, des collectifs et de la situation. D'après les résultats de leurs études, c'est le dysfonctionnement de la dynamique des rapports entre styles et genres qui se trouve être à

l'origine des situations pathogènes de travail, les sujets se trouvent mis en souffrance par l'amputation du pouvoir d'agir.

Les auto-confrontations auxquelles ils participent rendent le genre visible et discutable, en le mettant à l'épreuve (dans la confrontation) avec sa propre activité et avec celle de l'autre. Ainsi, chaque auto-confrontation fait revivre le genre d'une façon personnelle. De la sorte, les confrontations prennent la forme d'une activité réflexive du sujet sur son propre travail. Elle privilégie l'augmentation du pouvoir des collectifs de transformer les buts, les moyens et les connaissances de leur activité.

« L'auto-confrontation, indissociable d'une clinique de l'activité, est au centre du renouvellement en analyse du travail. Mais elle est aussi une contribution à une approche de la santé comme pouvoir d'action du sujet sur son milieu et sur lui-même » (Clot 1999b, 142-152).

II-4.2.2. Exemples de recherches de terrain

Nous allons illustrer la conceptualisation de ce modèle par les résultats d'une recherche collective sur l'efficacité, menée dans un service hospitalier spécialisé dans les greffes (d'organes cardiaques en particulier) qui montre que malgré des conditions de travail difficiles, le « sérieux du travail est incontestable » dans ce service (Clot, 1998, 102-118). Cette « efficacité malgré tout » correspond, selon Clot à un travail compensatoire (souvent coûteux), c'est à dire à l'engagement professionnel pour faire ce qui doit être fait, en dépit des obstacles générés par l'organisation.

Le sous-effectif du service pousse au recours régulier à l'utilisation de personnels soignants intérimaires en grand nombre, une situation difficile pour les titulaires au point de favoriser un fort turn-over. Les innovations fréquentes dans ce secteur de la chirurgie cardiaque engendrent des changements constants dans la pratique du métier et dans l'organisation du travail du service. Les nouvelles conditions de travail auxquelles le personnel doit s'adapter ne découlent pas uniquement de ces innovations techniques, mais également des nouveaux objectifs de rentabilité qui débouchent sur un réaménagement permanent des règles de gestion du service. Ces changements (développement de l'activité du service, réduction du temps de présence du malade dans le service, etc.) rendent l'organisation du travail vulnérable et fragilisent les collectifs de travail, ce qui se traduit par une « hémorragie » des effectifs infirmiers. Il en résulte une « double organisation » : un fonctionnement permanent d'intérimaires et un « noyau dur » fidélisé. Celui-ci doit, pour absorber le choc, reconstruire régulièrement ses marges de manœuvre et s'en constituer de nouvelles si nécessaire. Pour comprendre comment ce service peut arriver à son

efficacité, un simple examen des procédures et des actes ne suffit pas, l'entretien en situation (méthode d'auto-confrontation) a complété l'observation ergonomique classique. Clot (1998) a choisi de se baser sur les enchaînements du travail (le suivi d'un parcours de malade) pour étudier les différences dans la façon de faire des agents du service et pour identifier leurs rapports au travail. L'auteur mentionne, pour exemple, que la différence de l'organisation du travail entre les deux infirmières responsables de nuit (distribution des tâches, confiance accordée aux intérimaires, passage des informations lors des relèves etc.) remonte sans doute à leurs systèmes de vie respectifs (vies familiales, la place du travail, sens du travail, idéaux professionnels, conception du métier etc.). Mais les rapports entre ces deux infirmières sont « tissés de liens de complémentarité assumés avec une lucidité frappante, c'est un peu comme si c'était instauré entre elles une collaboration informelle reposant justement sur la conscience de deux stratégies différentes. C'est par ce genre d'arrangements implicites où s'échange le sens différencié des existences humaines que ne cesse d'être redémontrée l'efficacité d'une équipe » (Clot, 1998, 102-118). Selon l'auteur, l'efficacité du service trouve son sens dans une passion partagée pour cette chirurgie vitale à l'origine de l'engagement du « noyau dur » de cette équipe et « l'inorganisation apparente se révèle très organisée, les obstacles sont dans cette équipe souvent approchés comme des occasions d'inventer » (op. cit. 102-118). Cet idéal de travail semble représenter la pulsion de l'efficacité « malgré tout » de ce service.

Cette recherche met l'accent sur les échanges intersubjectifs des travailleurs de cette équipe qui donnent du sens au travail. Combinées avec une marge de manœuvre importante elles assurent l'efficacité de ce service. Cependant, une mise en garde s'impose pour la direction, à trop vouloir « organiser la désorganisation » (par plus de prescriptions et moins de marge de manœuvre), le « bon » fonctionnement d'une équipe peut en être affecté, le genre et le style ne peuvent plus continuer à se développer.

Dans une autre étude, Clot (1998) a tenté de comprendre l'impact des suppressions d'emplois sur le travail du personnel demeuré dans l'entreprise. Cette entreprise, spécialisée dans l'ingénierie du nucléaire, avait décidé d'un plan social débouchant sur le licenciement de près de 10% du personnel de son siège social (Clot, 1998). Les licenciements étaient évoqués par ces salariés comme une « déchirure », Clot constatait une sorte de proximité entre les non-licenciés et les licenciés (une proximité qui est revendiquée et repoussée). « Chacun se sent un peu licencié » (op. cit. 83-101).

Le contenu idéal du travail était très fort chez ces salariés qui se sentaient fiers d'appartenir à cette société, investis d'une mission. Pour eux,

perdre l'idéal, c'est pire que de perdre la compétence (qui peut se retrouver). L'entreprise n'a pas tenu compte de cette relation affective, ainsi le licenciement correspond pour beaucoup à une trahison. De même, l'irrespect dont le personnel se dit avoir été l'objet, provoque un sentiment d'humiliation. Selon les travailleurs interrogés, il y aurait un « rituel à respecter, l'entreprise sait bien recruter, mais mal licencier » (op. cit. 83-101). Pour beaucoup d'employés, « la boîte semblait construite pour l'éternité et la charge de travail acquise pour des siècles », de ce fait le plan social a été ressenti de façon brutale et les salariés se sentent depuis sans protection et « plus maître de leur destin professionnel ». Selon eux, il aurait fallu sensibiliser le personnel au préalable à cet ajustement indispensable entre charge et effectifs, cela aurait évité cette incompréhension. L'entreprise est devenue insaisissable et le sens des activités de chacun est comme suspendu, mis en souffrance.

Clot (1998, 83-101), dans l'analyse des stratégies de faire face constate que « les salariés se disent comme incompetents ou incapables par une sorte de refoulement des données economico-financières qu'infiltrant l'activité quotidienne, mais on ne mesure pas très bien à quel point ce genre d'inhibition affecte le dynamisme professionnel ». Cette défense psychologique a un coût subjectif, il pèse sur l'efficacité de l'engagement professionnel. L'absence de transparence sur les critères de choix des personnes à licencier fait de chacun une nouvelle victime potentielle d'un nouveau plan social (ils se sentent en sursis). En attendant ils ferment les yeux, un licenciement étant inenvisageable pour la plupart (les parents doivent assurer l'avenir de leurs enfants...), mais cette situation d'attente n'est ni motivante ni très productive. Les sujets font face de façons différentes, pour les uns l'angoisse l'emporte, ils vivent une « sorte de mélancolie professionnelle et sociale », pour les autres une certaine « euphorie » du travail semble dominer. Selon Clot, « la ligne de haute tension » entre euphorie et mélancolie passe à l'intérieur de chaque salarié qui doit, en fonction de son histoire propre, « arbitrer » (parfois à son insu) entre ces deux extrémités (mécanismes de défenses). Ce conflit intérieur, qui fait rarement l'objet d'échanges, peut faire naître un sentiment de culpabilité et de doute sur soi-même qui engendre une souffrance « largement sous-estimée ». Mais le travail se fait « malgré tout » grâce au collectif, Clot (1998) constate que « c'est dans le réseau des actes quotidiens du travail que se puisent les ressources psychologiques pour soutenir les épreuves à surmonter », la plus importante étant celle qui a « fait perdre sa signification sociale à l'entreprise » (op. cit. 83-101).

Ces études révèlent l'importance de la dimension subjective de l'activité rarement prise en compte par les questionnaires, alors que, comme le souligne

Clot (1998), l'activité représente à la fois l'accomplissement de la tâche et l'expression de la subjectivité.

La dimension subjective est donc indispensable pour comprendre l'enjeu du travail et ses conséquences psychologiques sur la santé des acteurs. En effet, pour la clinique de l'activité, l'activité est une épreuve subjective (conflictuelle) où l'on se mesure à soi-même, aux autres et au réel pour parvenir à faire ce qui est à faire. Au cœur de sa conception, l'idée que Clot développe est que l'activité de travail implique un rapport à l'objet (l'utilisation de savoirs et de techniques, etc.), mais conjointement elle comprend l'échange entre individus (de leurs activités, l'existence de modalités de coopération entre eux, etc.). L'activité du travail inclut également les rapports que le sujet entretient avec lui-même (les images qu'il a de lui, qu'il veut ou non promouvoir) et qui dépendent des deux autres « niveaux » (le rapport à l'objet et le rapport aux autres).

II-4.2.3. Intérêts et limites du modèle

Cette approche centrée sur le développement de l'activité et ses empêchements, peut permettre d'expliquer d'éventuelles souffrances. En analysant la dynamique des sujets en situation, à travers leur activité réflexive sur leur propre travail elle cherche à transformer les buts, les moyens et les connaissances de leur activité, peut-être à réguler sinon à prévenir ces souffrances.

La clinique de l'activité, tout comme la psychodynamique, bien que notablement différente dans sa modélisation de l'activité, intègre la dimension subjective du travail, c'est à dire le rôle des agents et leur co-action, ainsi que leur engagement au sein de collectifs de moins en moins stables. Pour schématiser : la subjectivité est considérée pour la psychodynamique comme la production psychique de la lutte contre la souffrance, et pour la clinique de l'activité comme l'œuvre de l'activité. Son étude, au centre des ces deux approches, paraît alors indispensable pour comprendre que « le travail ne demande pas trop aux sujets, mais il ne leur donne ou ne leur rend pas assez ». Clot (1999a)

Ainsi, comme le mentionnent Vaxevanoglou et Ponnelle (1999, 279-288) « les conséquences du travail sur la santé psychique ne sont pas la résultante directe de la confrontation et du stress qu'il génère, ni d'ailleurs celle des caractéristiques spécifiques de l'individu ou de l'organisation, mais bien le résultat d'un processus dynamique – l'activité – qui articule des représentations (de la situation, de soi, des autres), des stratégies d'ajustement et des actions finalisées par des objectifs ».

Mais la souffrance au travail s'exprime sur les « lieux du social », ainsi la compréhension de ce phénomène ne peut se limiter à l'étude de l'intra-sujetif et le sujet ne peut être assimilé tout entier au sujet individuel. De même, le sujet « social » ne peut pas se résumer à une collection d'individus juxtaposés. L'analyse nécessite, selon nous, de passer de l'intra-sujetif à l'inter-sujetif, c'est à dire d'y intégrer les processus inconscients et les processus relationnels et institutionnels auxquels le modèle de Clot est sensible.

II-4.3. LA CLINIQUE PSYCHOSOCIALE

La clinique psychosociale propose une autre approche, originale et utilisable dans le champ d'étude de la souffrance au travail, qui exige mention et quelques définitions.

II-4.3.1. Le sujet social

Le sujet social présente des caractéristiques qui le différencient du sujet-individu et spécifient ainsi la psychologie sociale. Les individus que la psychologie aborde en tant que personnes et pour leur imaginaire sont des acteurs sociaux investis dans l'épreuve de la réalité. Etre social, c'est ce qui lie les individus. Le social est une unité nouvelle, une référence structurante, il est ce que partagent et reconnaissent en commun des individus devenus membres de cette unité. L'emploi du « nous » témoigne d'un sentiment d'appartenir à cette unité et d'une reconnaissance réciproque. Ce « nous » a une incidence sur l'identité de cette unité et affecte les projets issus de celle-ci. Barrus-Michel (1987) nous précise que le social est de l'ordre du symbolique, l'unité sociale (contrairement au sujet individuel qui se définit à partir d'un substrat organique) reste imaginaire et symbolique, elle est dépourvue de réalité. « Le groupe, qui s'autodésigne dans la première personne du pluriel, est à la fois un projet, une construction imaginaire, une représentation plus ou moins élaborée de ce qui doit satisfaire des aspirations supposées communes et les exprime, et à la fois la référence symbolique à partir de quoi se codent toutes les productions » (op. cit. 24-32).

Mais le sujet social n'efface pas les sujets individuels, les acteurs continuent à être des personnes singulières. C'est ainsi que selon les propos de Barrus-Michel (1987), « la psychologie sociale se double de la psychologie, le sujet social inclut la psychologie narcissique à ce qui demeure une psychologie sociale » (op. cit. 24-32). L'analyse psychosociale doit intégrer dans son étude les fantasmes, les affects, les modes de défenses, etc. appartenant aux membres

constitutifs de l'unité, qui peuvent servir de substitut ou d'évitement aux expériences psychologiques sociales. Les acteurs sociaux projettent dans la vie sociale les expériences de leur histoire personnelle. Par conséquent les projections, identifications et régressions doivent être prises en compte dans l'analyse.

Le sujet social pose également la question du droit, de la légitimité, qui n'existent pas à l'intérieur du sujet individuel. Il peut être confronté à la réversibilité et à l'expérience d'aliénation à cause d'un « nous » abusif, ce qui débouche sur les sentiments de justice ou alors d'injustice.

Selon Barus-Michel (1987), la compréhension à la fois du psychologique et du social et de leur articulation passe par l'appréhension du symbolique (qui reprend l'imaginaire de source individuelle pour le recomposer, l'inscrire dans des représentations collectives) et de l'imaginaire social. Tous les deux coexistant dans l'affrontement à la réalité et dans les tentatives du sujet pour la saisir et la transformer.

II-4.3.2. La situation clinique en psychologie sociale et l'analyse de la demande

Une des spécificités de la clinique psychosociale est la définition d'un sujet social, comme nous l'avons vu. C'est l'analyse de la demande qui va aider à accéder au sens de la souffrance dans cette situation clinique.

La demande peut être issue d'un contexte institutionnel (les acteurs se reconnaissent à travers l'institution en termes de fonctions, de statuts et de rôles) ou d'une unité de pratique (ils se reconnaissent entre eux à titre individuel participant à une même pratique). La demande peut aussi émaner d'individus éparpillés dans le champ social relevant d'une même problématique institutionnelle. La création d'un groupe de ces individus permet pour Barus-Michel (1987), de « restituer les dimensions sociales que les entretiens individuels laisseraient perdre », il s'agit d'un groupe structuré « en fonction des variables institutionnelles intrinsèques à la problématique pour la mise en question réciproque d'un vécu et d'itinéraires et d'expériences institutionnelles et sociales » (op. cit. 24-32). Ainsi, à travers le groupe va se constituer un sujet social et un projet (issu de ce groupe) qui peut favoriser sa concrétisation et son prolongement.

La demande provient souvent des institutions du secteur social à la suite d'interrogations sur l'être et le « faire ensemble » des acteurs sociaux. « Les secteurs de la production, dont l'entreprise, ne sont pas indemnes de telles interrogations. Mais elles portent essentiellement sur le fonctionnement avec une perspective finale d'efficacité et de rendement, elles débouchent la

plupart du temps sur des formations ou sur des interventions qui visent l'organisation (le management des données de fonctionnement). La recherche des significations, l'interrogation des relations au regard des pratiques, est rarement un objectif de travail dans l'entreprise qui craindrait de perdre son efficacité et son temps » (Barrus-Michel, 1987, 24-32).

La demande souvent confuse, naît dans le champ social où elle soutient un désir de cohérence et de maîtrise. L'auteur mentionne que les acteurs sociaux souhaitent « comprendre des situations dont ils ont le sentiment d'être des jouets au lieu d'en être des acteurs responsables. Engagé dans une pratique, pour des motifs et selon des lignes de conduite qu'ils croyaient clairs, ils souffrent de voir ceux-ci distordus dans la dynamique quotidienne au point de ne plus s'y reconnaître » (Barrus-Michel, 1987, 24-32). La souffrance sociale correspond à une perte de sens. Ce dont souffrent les acteurs sociaux c'est « l'incohérence dans l'action, la plus grande angoisse est dans la perte de repères ».

Ce qui est visé dans la demande, même si celle-ci reste souvent diffuse et s'exprime en termes de malaise ou à travers un mode conflictuel, c'est l'accès au sens. Ainsi, la demande à travers sa recherche de signification, révèle l'existence du sujet social.

Selon Barrus-Michel (1987), l'enjeu d'une psychologie sociale clinique est, d'une part, de reconnaître le sujet social et, d'autre part, de repérer tout ce qui relève de la demande et tout ce qu'elle implique. L'auteur insiste sur l'importance d'un référentiel théorique issu de la psychologie sociale qui permet l'analyse de l'articulation de processus psychologiques et sociaux. À défaut d'une théorisation de la psychologie sociale le contenu de la demande peut être mal interprété.

Les acteurs sociaux sont, dans cette perspective, considérés comme des individus engagés dans un acte collectif au sein d'un groupe, investis dans « l'épreuve de la réalité ».

L'Observatoire National des Pratiques en Santé Mentale et Précarité (ONSMP) dirigé par Jean Furtos (Furtos & Laval, 2005, 9-14), définit la clinique psychosociale comme « l'ensemble des pratiques qui prennent en compte l'expression d'une souffrance sur les lieux du travail social, mais aussi sur différentes scènes publiques incluant le monde du travail ». L'Observatoire a été fondé en 1996, pour répondre à la demande de certains travailleurs sociaux confrontés à des catégories de la population socialement précaire (chômeurs de longue durée, bénéficiaires de diverses allocations sociales et depuis ces dernières années, les travailleurs pauvres) qui connaissent des difficultés psychiques. Face à ces nouvelles souffrances, les professionnels se sentaient

incompétents. Concernant le monde du travail, souffrance ne rime pas seulement avec précarité puisque le stress et le burn-out qui font référence à la souffrance professionnelle touchent des personnes définies par Furtos et Laval (2005, 9-14) comme ayant « tout pour être heureux, c'est à dire un emploi, un salaire, et les possibilités personnelles et familiales de consommation qui vont avec ». Cette nouvelle souffrance serait, selon l'auteur, une résultante des méfaits des conditions du travail en rapport avec la charge mentale du système de management néolibéral.

Colin et Furtos (2005), nous décrivent les « invariants » de cette clinique psychosociale. L'expression de la souffrance se fait sur les lieux du social ou certaines scènes publiques. On peut observer un rapport à la précarité dans ses aspects sociaux et psychiques. La souffrance psychique se différencie ici de la maladie mentale. La problématique de la rupture identitaire est fréquente.

Bien souvent les personnes en souffrance choisissent de ne pas se confier spontanément à des psychologues ou psychiatres. Il y aurait, selon Furtos et Laval (2005, 27-29), une « corrélation entre l'impossibilité de penser l'objet manquant et la demande impossible, puisque demander c'est admettre l'objet manquant ». A partir d'un certain niveau de précarité, la demande diminue considérablement, la demande impossible doit alors être portée par un tiers sous peine d'abandonner une personne en danger potentiel. Mais il est important de ne pas instituer d'emprise sur l'autre. Dans de nombreux cas, c'est pour conserver leur fierté que les personnes évitent d'exprimer une demande. Il devient alors nécessaire qu'un tiers (médecin du travail, thérapeute, etc.) la prenne en charge. Les conséquences de cette absence de demande, voire récusation de l'aide, peuvent être lourdes, elles peuvent conduire à « une précipitation de l'intervention sur le mode de l'urgence autant sur le plan social (dettes, expulsion) que sur le plan des pathologies médicales », c'est le corps qui va finir par s'exprimer en l'absence d'une demande. Furtos et Laval (2005) posent la question de savoir si l'augmentation du recours à l'urgence médicale notable, représente un des signes d'une précarisation de notre société. Il est impossible de n'intervenir que lorsque le sujet en exprime une demande car, dans ce cas, seuls les sujets se portant suffisamment bien auraient accès à l'aide. De même, on ne peut autoproclamer un droit d'ingérence, ceci poserait un problème de légitimité. Selon Furtos et Laval (2005), il faut tenir compte des capacités de négociation quand il s'agit d'aider des personnes précaires et vulnérables. Ainsi les conflits de légitimité se posent sous l'angle de l'éthique.

La caractéristique de ces formes que les souffrances révèlent est donc qu'elles ne font pas l'objet d'une demande directe. Les personnes vont mal (dégradation de leur existence sur le plan social, familial et personnel), mais ce

n'est pas pour autant qu'elles sollicitent une aide psychologique. Et cette précarité psychique ne s'accompagne pas toujours de pauvreté (certaines personnes ont par exemple l'obsession de la perte alors qu'elles ont un emploi et un statut social), Furtos (2006) nous dira que l'on est en face d'une « sorte de mélancolie sociale » qui peut aboutir à la rupture familiale et à l'isolement. L'auteur insiste sur la nécessité de travailler en réseau face à cette souffrance afin de se créer une culture commune dans le respect des règles de déontologie de chacun des partenaires.

II-4.3.3. Exemple d'une recherche de psychologie sociale clinique

Les résultats de la recherche que nous allons présenter ci-dessous sont issus d'une étude menée sur des personnes victimes de harcèlement psychologique au travail (Viaux, 2004). L'objectif de l'étude était de constituer une typologie du phénomène de harcèlement moral et de fournir une description de ses caractéristiques. L'auteur a cherché à dégager les significations et les processus de ce harcèlement au sein de l'environnement professionnel.

Nous nous trouvons ici dans la perspective d'une psychologie sociale clinique. Son utilisation empirique se justifie pour analyser la part « socialisée » du phénomène, au moins parce que l'aliénation dans le travail résulte de contraintes psychiques exercées de l'extérieur sur le sujet, par l'organisation même du travail et ses conditions particulières (Dejours, 1998).

Viaux (2004, 35-54) part de l'hypothèse qu'il existe un lien moral entre le salarié et l'employeur, un contrat psychologique qui est réglé par « l'éthique » (un cadre de référence des rapports humains dans les entreprises).

L'analyse du discours de victimes dévoile que la rupture de ce lien serait à l'origine du vécu de harcèlement et elle se traduirait en termes de violences psychologiques répétées. Cette persécution morale « va anéantir les trois conditions de bonne santé mentale au travail : l'harmonie avec les aspirations de l'individu, les activités de conception et la reconnaissance du travail accompli, et va attaquer autant le JE, sujet subjectif que l'ego, sujet social » (Viaux, 2004). Le sujet va douter de ses propres valeurs, et va tenter de les défendre comme « cohérentes avec celles de l'entreprise ». Ce faisant il s'oppose à la « stratégie d'autrui dominant ». Il va progressivement « s'enliser » dans un conflit non plus de travail mais de valeurs. En outre, les victimes ne décrivent pas un « processus linéaire », les auteurs en concluent que l'enchaînement de situations rend l'enlissement quasi-automatique.

Viaux (2004, 36-54), à partir d'une seconde lecture focalisée sur le scénario qui révèle que le sujet est atteint autant par des procédés que par des

personnes, déduit qu'il subit un processus de rupture et de remise en cause de ce en quoi il croyait (le lien éthique) et qu'il se sent attaqué sur son savoir-faire. A partir de ces données, l'auteur a établi que le processus du harcèlement s'accomplit selon trois mouvements (articulations). Le premier mouvement correspond à la construction du lien relationnel entre le sujet et l'entreprise en fonction du mode d'entrée dans l'entreprise et des valeurs ou de l'éthique professionnelle (ce lien est souvent interprété de façon différente par le salarié et par l'entreprise). Le salarié va ensuite subir des attitudes de déplacements et de changements (deuxième mouvement). Les déplacements concernent les modifications autant physiques que géographiques et morales (le sujet change de poste, de lieu de travail ou encore perçoit un déplacement du discours de la part du harceleur). Ces déplacements peuvent être consécutifs à des transformations organisationnelles du travail. Selon l'auteur, ces changements et déplacements sont souvent significatifs d'une nouvelle phase relationnelle entre le salarié et l'entreprise qui aboutit à une rupture au « cœur du harcèlement : sa partie socialement visible qui fonctionne comme un cercle infernal » (Viaux, 2004, 36-54). La rupture (troisième mouvement) provient d'attaques perçues par le sujet sans fondements contre l'éthique de son travail, elle entraîne un enlèvement progressif qui renouvelle sans cesse le processus (changements/déplacements, accentuation de la rupture du contrat moral). Toute opposition ou acceptation ne changera rien à la situation, c'est le « syndrome du sable mouvant : la dégradation de la relation devient inévitable une fois un cap de non-retour dépassé ». Les auteurs ajoutent que le sujet est d'autant plus harcelé qu'il défend « une certaine conception de son travail, en y projetant une morale sociale et personnelle ». Il s'agit donc d'une « logique d'exclusion de l'entreprise » parce que le sens moral que défend le sujet dérange. L'analyse du processus du harcèlement permet de comprendre que l'estime de soi est visée non pas en soi, mais comme moyen de faire partir le sujet vers d'autres lieux. Cette approche démontre que le processus est bien plus complexe que la dichotomie « un pervers narcissique / une victime » popularisée par de nombreux auteurs (Hirigoyen, 2001) et renforcé par la loi de 2002. Ce processus repose sur une stratégie de rupture, où la personne est visée moins pour ce qu'elle est que pour ce qu'elle représente. Il permet d'approcher, sans les réduire, les processus qui génèrent de la souffrance.

II-4.3.4. Intérêts et limites du modèle

A travers cet exemple de recherche, nous avons tenté de montrer que la clinique psychosociale peut apporter une vision nouvelle dans l'étude de la souffrance au travail. Cette approche qui se focalise sur l'articulation entre le

psychologique et le social pourrait contribuer à la compréhension de la dynamique du phénomène de souffrance. Au-delà, la connaissance des processus impliqués pourrait faciliter une meilleure prévention.

Néanmoins, il nous semble que, comme d'autres approches, les expériences acquises par les sujets en d'autres lieux et d'autres temps de leur socialisation, à la fois des contraintes et ruptures, ne sont pas assez intégrées dans les recherches de psychologie sociale clinique.

En résumé, la revue de littérature nous a ainsi permis de montrer la diversité des approches qui se réfèrent à la problématique du stress professionnel et de la souffrance au travail et d'essayer de saisir leurs apports et limites.

Les approches stimulus-réponse (physiologique, transactionnelle et causaliste) ont étoffé une production de connaissances scientifiques sur l'importance des liens entre des phénomènes sociaux et psychologiques en lien avec le travail et le développement de plusieurs maladies. Elles permettent le repérage et l'identification des éléments pathogènes de l'organisation mais n'autorisent pas à accéder à la compréhension de la dynamique subjective en jeu dans la souffrance au travail.

La psychodynamique et certaines des approches cliniques actuelles intègrent (bien que différemment) la dimension subjective dans l'étude de la souffrance, indispensable pour comprendre toute la complexité de l'activité au travail. La prise en compte de la dynamique subjective et l'analyse de l'articulation entre le psychologique et le social par la médiation des groupes (approche de la clinique sociale) sont indispensables si l'on veut rendre intelligible les processus de la souffrance.

Nous allons dans le chapitre qui suit présenter le concept du contrat psychologique. Une conceptualisation qui nous semble pertinente pour l'examen de la relation d'emploi. Elle permet de saisir la dimension sociocognitive et de considérer les processus dynamiques en jeu dans les situations de souffrance de travail.

CHAPITRE III

Le contrat psychologique

Le concept de contrat psychologique a connu depuis 15 ans un regain d'intérêt auprès des chercheurs mais également des praticiens, notamment depuis l'apparition des modifications notoires sont apparues dans les activités professionnelles à la suite des restructurations dans les organisations (telles que nous les avons présentées dans le chapitre I).

Cette conceptualisation est, selon nous, pertinente pour comprendre les changements intervenus dans la relation d'emploi, pour appréhender les processus sous-jacents des échanges entre les employés et leur organisations et les modes de socialisation au travail et hors travail.

III-1. EVOLUTIONS DU CONCEPT DE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

III-1.1. ORIGINES

« Puisque le contremaître réalise que le système tendra à atteindre une production optimale sous un leadership passif et puisque les employés partagent ce point de vue, on peut faire l'hypothèse qu'une relation particulière se développe entre les employés et le contremaître, relation qui peut être qualifiée de 'contrat psychologique' » (Argyris, 2007, p. 97). Argyris introduit en 1960 le concept de contrat psychologique pour décrire une entente tacite entre un groupe d'employés et leur contremaître concernant un échange qui intègre des aspects tangibles, principalement économiques et spécifiques. L'auteur soutient que les employés pouvaient satisfaire les demandes des organisations, comme une productivité accrue, en échange de la garantie d'un salaire adéquat et d'une stabilité d'emploi.

Pour Levinson, Price, Munden, Mandl et Solley (2009), qui ont par la suite élargi le concept de contrat psychologique, une relation de travail comporte non seulement des aspects tangibles, contractuels mais aussi des aspects intangibles. Les auteurs, en s'appuyant sur des données issues d'entretiens menés auprès d'employés dans le but d'évaluer les effets des expériences au travail sur la santé mentale, précisent que pour que cette relation puisse perdurer, l'échange entre les deux parties (l'employé et l'employeur) doit être source de satisfaction mutuelle. Levinson et al. mettent donc l'accent sur le « rôle de la réciprocité » mais insistent également sur l'effet d'une « satisfaction anticipée » des attentes. De plus, selon ces auteurs, le contrat psychologique est susceptible d'évoluer en fonction de changements dans la perception des attentes à la suite des transformations qui interviennent dans le contexte professionnel

ou après une meilleure analyse des obligations mutuelles. Il s'agit d'attentes mutuelles non écrites et, en grande partie, implicites. Selon ces auteurs, l'entente tacite entre un collectif de travail et son supérieur hiérarchique décrite par Argyris se définit davantage comme une relation informelle entre l'individu et son organisation.

Schein (2007, p. 96) a développé ce concept en insistant à la fois sur l'adéquation entre les attentes et les contributions de chaque partie et sur la nature interactive de l'échange (qui doit être prise en compte dans les recherches sur le contrat psychologique). L'auteur précise que « nous ne pouvons pas comprendre la dynamique psychologique si nous nous intéressons uniquement aux motivations des individus ou aux conditions et pratiques organisationnelles. Les deux interagissent de façon complexe, ce qui requiert une approche systémique capable de traiter des phénomènes interdépendants ».

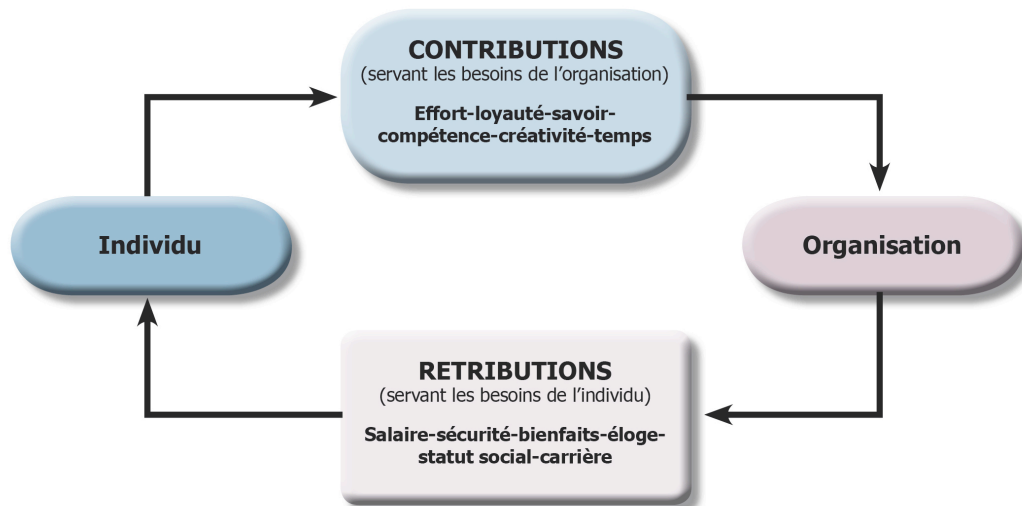


Figure 9 - Le processus d'échange interactif de contributions et de rétributions de Schein (1965), cité par Lemire et Martel (2007, p.88)

III-1.2. APPORTS DE LA THEORIE DE L'ÉCHANGE SOCIAL ET DE LA NORME DE RECIPROCITE

La figure montrée ci-dessus présente les principaux éléments de la relation d'échange et de la norme de réciprocité. Le concept du contrat psychologique s'appuie sur ces théories. Blau (1964) définit le processus d'échange social comme un échange d'actions tangibles et intangibles, plus ou moins bénéfiques et coûteuses, entre au moins deux personnes. Selon l'auteur, l'échange social se différencie de l'échange économique par la nature non spé-

cifiée des obligations entre deux parties. Blau (2007, p. 89) définit les obligations comme « des faveurs qui créent des obligations futures diffuses, non précisément spécifiées, et dont la nature de la contrepartie ne peut être négociée mais doit être laissée à la discrétion de son auteur ». La confiance joue un rôle essentiel dans ce processus, du fait justement de la nature non spécifiée des obligations. Blau nous précise que chaque partie a besoin d'avoir confiance dans le fait que l'autre partie remplira ses obligations et la relation pourra se poursuivre grâce à la réalisation des obligations de chacun. Ce qui permettra d'entretenir la confiance dans cette relation. Le processus de l'échange social ne se développe que progressivement et débute par des échanges sans enjeux important qui ne requièrent, selon l'auteur, que peu de confiance entre les parties engagées.

Les éléments qui différencient l'échange social d'un échange économique sont le caractère non spécifique des obligations et la confiance (cf. ci-dessus) mais également la norme de réciprocité et la vision à long terme. Ainsi, pour Coyle-Shapiro et Neuman (2009), le fait de rester redevable envers une autre partie pendant un certain laps de temps permet de renforcer le processus de l'échange social mais à condition d'avoir confiance que les obligations seront remplies. L'intensité du devoir de réciprocité, c'est-à-dire de la dette ainsi créée, dépend, selon Coyle-Shapiro et al. (2009, p. 31), « des motivations du donneur ; de l'ampleur de récompenses reçues par le bénéficiaire et des coûts encourus par le donneur ; de la nature de ce qui a causé l'action du donneur ; les indices émis par la comparaison avec autrui ».

III-1.3. PERSPECTIVES ET CONCEPTUALISATIONS ACTUELLES

III-1.3.1. La perspective individuelle (de l'employé)

La majorité des auteurs ont adopté la perspective de l'employé, ils étudient, l'aspect cognitivo-perceptuel du contrat. Les études menées dans ce sens se sont multipliées depuis 1989, date à laquelle Rousseau propose une nouvelle définition qui se distingue des conceptualisations antérieures :

- d'une part, il décrit le contrat psychologique comme des croyances subjectives individuelles,
- d'autre part, l'auteur insiste sur les obligations qui seraient basées sur des promesses perçues.

Ces notions viennent rompre avec les théories fondatrices. Ainsi, la définition du contrat psychologique proposée par Rousseau, et qui a été adoptée

par de nombreux chercheurs, s'éloigne du concept d'attentes basé sur un accord mutuel.

Le contrat psychologique, ici, repose sur des « croyances individuelles explicites et implicites concernant les obligations réciproques » (qui peuvent reposer sur des promesses explicites, des apprentissages indirects, etc.) de deux parties engagées dans une relation d'échanges (Rousseau, 1998). Le contrat émerge de la perception de réciprocité et non de la réciprocité comme telle et évolue en fonction des changements organisationnels, du développement personnel de l'individu, de l'âge et de la durée de la relation d'emploi (Sharpe, 2007).

Pour Rousseau, le contrat psychologique est informel et interprétatif. Il sous-tend les relations au travail. Il s'agirait d'un cadre de référence des rapports humains dans les entreprises. Point de vue général fécond, mais qui n'est guère explicite pour ce qui concerne d'autres processus psychologiques possibles en jeu dans les échanges avec l'employeur.

III-1.3.2. La perspective organisationnelle (de l'employeur)

Depuis les premiers travaux de Rousseau, les études sur le contrat psychologique se sont diversifiées. Notamment dans les recherches plus récentes (depuis les années 2000), les chercheurs s'intéressent davantage aux aspects plus dynamiques et relationnels de la relation d'emploi. Ces travaux « focalisent sur la nature 'bidirectionnelle' des relations d'emploi et sur les avantages à traiter non seulement la perspective de l'employé, mais aussi celle de l'employeur » (Lemire et Martel, 2007 p. 105).

Prendre en compte la perspective de l'employeur permet une analyse plus complète mais donne naissance à une question clé: qui représente l'employeur ? Face à cette question, deux positions distinctes ont émergé.

- Certains auteurs étudient la relation d'échange à un niveau dyadique, (Tekleab et Taylor, 2003), c'est-à-dire entre l'employé et son supérieur hiérarchique direct.
- Pour d'autres auteurs les supérieurs hiérarchiques ne peuvent être considérés comme des représentants de l'organisation (Guest et Conway, 2009).

Mais pour Lewis et Taylor (2009), les supérieurs hiérarchiques, en étant impliqués dans la communication aux subordonnées de certaines exigences, jouent un rôle dans la construction de la perception des employés concernant les obligations (notamment celles des employés) et donc dans la formation du contrat psychologique. Rousseau et Tijoriwala, (1998) avancent l'idée selon

laquelle les individus peuvent avoir de multiples contrats psychologiques avec différentes personnes ou groupes issus de l'organisation.

La recherche sur la perspective de l'employeur est encore à ses débuts même si certains chercheurs s'intéressent de plus en plus aux questions de réciprocité et de mutualité.

III-2. FONDEMENTS DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

III-2.1. ATTENTES, PROMESSES, OBLIGATIONS : LE CONTENU DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

Comme précisé plus haut, les premières conceptualisations du contrat psychologique (Argyris, Levinson et Schein) postulent que le contrat psychologique est non écrit et composé d'attentes. Rousseau, à partir des années 1990, s'éloigne de cette notion d'attente et stipule que même si le contrat psychologique est bien composé d'attentes, celles-ci doivent être la conséquence de promesses, implicites ou explicites. Comme tout contrat, le contrat psychologique représente un échange de promesses desquelles découlent des obligations mutuelles. Les attentes de l'employé sont donc la conséquence de promesses faites par l'organisation ou le salarié qui ont été objets d'échanges entre eux.

Coyle-Shapiro et Neuman (2009) et Rousseau (2001) mentionnent dans le concept du contrat psychologique que sont à prendre en considération uniquement une part restreinte des obligations, c'est-à-dire celles qui sont issues de la croyance des individus. Toutes les promesses ne vont donc pas forcément créer une attente.

Pour Rousseau, deux éléments influent sur la promesse : l'adéquation entre promesse faite et attente et le degré de confiance dans la possibilité de la réalisation de la promesse, la perception d'une promesse qui entraînera des obligations et permettra la création d'un contrat. Pour Turney et Feldman (1999), il est nécessaire de croiser l'intensité de la promesse avec la valence de cette promesse pour pouvoir estimer l'importance de l'attente tout en tenant compte du niveau de confiance dans l'auteur de la promesse.

Campoy, Castaing et Guerrero (2009, p. 116) quant à eux considèrent « que le contrat psychologique ne comporte pas un seul, mais plusieurs contenus (obligations) distincts (contenu du travail, rétribution, formation, carrière, etc.) et que ces contenus ne sont pas indépendants les uns des autres. C'est donc non seulement le contenu complexe mais l'articulation de ce contenu

complexe qu'il est nécessaire de comprendre ». Ces mêmes auteurs (2009, p. 125) ont tenté de regrouper les obligations par thèmes généraux:

Obligations du salarié : flexibilité, employabilité, extra-rôle, sociabilité et intégration, honnêteté et fidélité, performance ;

Obligations de l'employeur : rémunération, sécurité de l'emploi, développement (formation et carrière), reconnaissance (respect et soutien), contenu du travail, justice, communication, horaires de travail et équilibre de vie privée/vie professionnelle.

Certaines de ces obligations sont contractuelles ou réglementaires (respect des horaires, tenue vestimentaire...) mais la très grande majorité n'est pas prise en compte dans les contrats formels.

Des études évaluant le contrat psychologique à partir d'attentes, de promesses ou d'obligations coexistent depuis une quinzaine d'années. Mais ces mesures, relatives au contenu du contrat psychologique, permettent difficilement de comparer les résultats entre différentes organisations ou populations du fait de l'obstacle que représente l'étude de l'ensemble des obligations possibles et la prise en compte des particularités des situations vécues.

Aussi, d'autres approches du contrat psychologique sont apparues qui s'intéressent aux caractéristiques et à l'évaluation de ce contrat.

III-2.2. CARACTERISTIQUES DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

III-2.2.1. Définition

L'étude des caractéristiques du contrat psychologique est plus facilement généralisable et elle permet des analyses comparatives des contrats psychologiques, tels qu'ils sont perçus par les salariés (Shore et Barksdale, 1998).

Pour Rousseau (1998) et McLean Parks (1993), les caractéristiques du CP concernent les caractéristiques « générales, larges » de la relation d'emploi, elles excluent les perceptions des obligations spécifiques du salarié et de l'employeur. Les auteurs listent cinq dimensions :

- la stabilité des engagements,
- l'étendue des engagements, perméabilité de la limite entre la sphère privée et la sphère professionnelle,
- la tangibilité (ou l'explication) des engagements : clairement et explicitement (ou non) spécifié et clairement observable (ou non) aux yeux de tiers,

- la nature économique des engagements (importance accordée aux éléments socio-émotionnels versus économiques),
- le cadre temporel : la durée des engagements (perçu à court ou long terme) et la précision de l'engagement (déterminée ou indéterminée).

Sels, Janssens et Van Den Brande (2004) ont rajouté les dimensions suivantes :

- la symétrie dans l'échange,
- le niveau du contrat (contrat régulé au niveau individuel ou collectif).

Ces études permettent de mieux comprendre le lien entre les caractéristiques et le contenu du contrat psychologique et les processus en jeu dans sa réalisation (et l'évolution) du contrat.

III-2.2.2. Deux grands types de contrats psychologiques : contrat transactionnel et contrat relationnel

La combinaison des dimensions listées ci-dessus ont permis à Rousseau (1998) puis à Morrisson et Robinson (1997) de distinguer deux grands types de contrat psychologique qui se situent à l'opposé d'un « continuum contractuel bipolaire » allant du contrat psychologique transactionnel au contrat relationnel.

Le contrat psychologique transactionnel

Il renvoie à des obligations spécifiques de courte durée, de nature économique ou monétaires. Il demande une implication personnelle limitée dans le travail, un cadre temporel donné (avec de faibles niveaux de flexibilité et de contributions de la part de l'employé), un faible engagement réciproque de chacune des parties et une utilisation de compétences existantes et des termes explicites non ambigus.

Il semble que le contrat psychologique de type transactionnel résiste davantage à des changements organisationnels que le contrat de type relationnel (Lemire et Martel, 2007).

Le contrat psychologique relationnel

Il se situe à l'opposé du contrat psychologique transactionnel, il repose sur des obligations de longues durées caractérisées par la confiance et la loyauté mutuelles. Il est caractérisé par une relation sans limite de durée, une forte implication, un fort engagement du salarié et de l'employeur (loyauté contre sécurité d'emploi), un haut degré de mutualité et d'interdépendance, des conditions influençant la vie personnelle, une compréhension subjective et implicite de la relation d'emploi fondée principalement sur la confiance.

Contrat psychologique transactionnel	Contrat psychologique relationnel
• obligations spécifiques de courte durée	• caractérisé par la confiance et la loyauté mutuelles
• de nature économique ou monétaire demandant une implication personnelle limitée dans le travail	• caractérisé par une relation sans limite de durée
• un cadre temporel donné (avec de faibles niveaux de flexibilité et de contribution de la part de l'employé)	• une forte implication, un fort engagement du salarié et de l'employeur (loyauté contre sécurité d'emploi)
• un faible engagement réciproque de chacune des parties, inscrit dans des conditions spécifiques	• un haut degré de mutualité et d'interdépendance
• une utilisation de compétences existantes	• des conditions influençant la vie personnelle
• des termes explicites non ambigus	• une compréhension subjective et implicite de la relation d'emploi fondée principalement sur la confiance

Tableau 1 - Contrat transactionnel et relationnel selon de Vos (2009)

Pour Coyle-Shapiro (2002), les deux catégories d'obligations (les bases du contrat de type transactionnel ou du contrat de type relationnel) provoquent des effets différents sur les comportements de l'employé ou de l'employeur lorsque l'un des deux perçoit que l'autre partie n'a pas tenue ses promesses (d'où découlent les obligations), c'est-à-dire en cas de rupture du contrat psychologique. Le contrat de type relationnel, qui repose sur la confiance et implique des éléments socio-émotionnels, serait plus « vulnérable » en cas de rupture.

Les profondes mutations dans le monde du travail, que nous décrivons dans le premier chapitre, sont assurément à l'origine d'une évolution du contrat psychologique. Selon De Meuse, Bergmann et Lester (2007), les nouvelles contraintes qui découlent des changements organisationnels ont transformé les termes de cet échange. Elles ont provoqué un affaiblissement des contenus relationnels du contrat psychologique, « à partir de son caractère à long terme,

dynamique, fondé sur la confiance et la loyauté, il se serait transformé en un contrat plutôt transactionnel, de courte durée, restreint et fondé sur un échange de type économique » (Depolo, Guglielmi et Toderi, 2004).

Désormais, les employeurs ne peuvent plus promettre une sécurité d'emploi à long terme. Aussi, les organisations proposent une offre de formations plus conséquente afin de favoriser le développement de nouvelles compétences. En effet, des résultats d'études montrent que la valeur accordée à la formation par les employés augmente (Martin, Staines, Pate, 1998). Du fait du sentiment croissant d'insécurité d'emploi, les employés ressentent le besoin d'améliorer leur « employabilité ». D'autres études suggèrent que le sentiment d'insécurité de l'emploi entraîne chez l'employé une baisse de loyauté et de support envers l'organisation. Et une enquête sociale menée aux Etats Unis (Singh, 2009), a montré que les employés ayant fait l'expérience d'un licenciement, déclaraient que leurs propres intérêts primaient sur les objectifs et attentes de leur employeur actuel ou futur.

Meyer et Allen (1991) définissent 3 types d'engagement organisationnel : l'engagement de nécessité, l'engagement moral et l'engagement affectif. L'engagement organisationnel de nécessité (ou de continuité) se construit progressivement à travers de la prise de conscience « des bénéfices accumulées » dans la relation de travail. Il renvoie à la perception du coût qu'engendrerait la décision de quitter l'organisation. L'engagement organisationnel moral (ou normatif), l'attachement émane dans ce cas d'un sentiment d'obligation éthique et de réciprocité de l'employé envers son organisation qui se développe durant la phase de socialisation organisationnelle (poids des normes sociales et professionnelles).

Meyer et Allen (1991) soutiennent que l'engagement organisationnel affectif se développe lorsque les expériences de travail des salariés sont conformes à leurs attentes. L'identification à l'entreprise est important et l'attachement aux valeurs organisationnelles fort. Shore et Birksdale (1998) se sont intéressés dans leurs études sur le degré d'équilibre entre les obligations de l'employeur et celles de l'employé. Ils postulent que lorsque l'échange des obligations mutuelles est perçu comme étant équilibré, l'implication vis-à-vis de l'organisation est plus affective. Cet engagement se traduit par une réelle volonté de rester dans l'organisation contrairement aux deux autres types d'engagement. Les employés dont l'engagement à leur organisation est de nécessité ou moral se sentent obligés de poursuivre leur relation de travail pour des raisons financières, stratégiques ou morales ou encore pour correspondre aux normes sociétales.

Ainsi, selon Meyer et Allen (1991), les personnes établissant un contrat relationnel avec une organisation atteindraient des niveaux élevés

d'engagement affectif. Ce que d'autres auteurs formulent de cette manière : l'engagement correspond au « lien émotionnel » que construit l'individu avec son organisation et repose, entre autres choses, sur le « partage de valeurs professionnelles et éthiques et le désir croissant de demeurer membre de l'organisation ». (Lemire et Martel, 2007).

A contrario, le fait d'entretenir des relations transactionnelles avec l'organisation s'expliquerait, soit parce que les individus considèrent leur emploi actuel et l'organisation comme une étape dans le déroulement de leurs carrières, soit parce que l'organisation ne propose qu'une relation professionnelle de courte durée et de ce fait, ces individus montrent un engagement affectif plus faible.

Les trois types d'engagement, définis par ces auteurs, peuvent être altérés par la mise en place de changements organisationnels, l'incertitude joue un rôle important dans ce processus. Le manque de préparation et d'accompagnement au changement aboutit fréquemment au désengagement organisationnel.

III-3. FORMATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

Le contrat psychologique est considéré par Rousseau (2007) comme un schéma mental que possèdent les employés à propos de leur relation d'emploi, c'est-à-dire « des croyances directrices quant à la nature d'une relation d'emploi typique ». Ce schéma se construit tôt dans la vie, lorsque les individus développent des valeurs généralisées à propos de la réciprocité et de l'ardeur au travail. « Ces valeurs sont influencées par la famille, l'école, les groupes de pairs et les interactions avec les autres travailleurs » (Morrison et Robinson, 2009, p. 54). Les auteurs ajoutent, « qu'avant même d'entrer dans son premier emploi, un individu a développé des hypothèses à propos de ce qu'il devrait donner et recevoir dans le cadre d'une relation d'emploi ». C'est ce schéma qui lui permettra d'interpréter ses expériences professionnelles et qui va influencer les buts qu'ils visent, les moyens dont il se servira, les valeurs auxquelles il s'attachera

Morrison et Robinson (1997) identifient plusieurs facteurs qui interviennent dans la construction du contrat psychologique. Ces facteurs sont, selon les auteurs :

- la socialisation durant l'enfance et l'adolescence (au cours desquelles les individus développent des valeurs notamment concernant la justice, le travail et la réciprocité).

- la culture nationale, c'est-à-dire l'ensemble de croyances, de pré-supposés et de valeurs (telles que l'individualisme, la distance au pouvoir, l'évitement de l'incertitude qui imprègnent les attentes par rapport aux obligations mutuelles dans une relation de travail, Hofstede, 1980).
- les expériences antérieures de travail qui influencent l'interprétation qu'en donne le sujet et donc la perception de la nouvelle relation d'emploi. Par exemple, Cavanaugh et Noe (1999) ont étudié l'effet d'expériences antérieures comme la perte d'un emploi suite à une réduction de personnel ou à une restructuration, l'expérience d'un changement organisationnel et/ou le changement volontaire d'emploi. Les résultats montrent une perception différente chez les personnes ayant vécu ces expériences en ce qui concerne la participation au développement de leur carrière, l'insécurité liée à l'emploi et l'engagement professionnel.
- la culture organisationnelle, la flexibilité, la loyauté, l'innovation influencent l'interprétation et la perception des obligations réciproques.
- la socialisation organisationnelle et professionnelle.
- les signaux sociaux et les interactions quotidiennes.
- le rôle joué au sein de l'organisation et les objectifs, buts, besoins et motivations influencent à la fois l'interprétation et les comportements.

Ainsi, pour Delobbe, Herrbach, Lacaze et Mignonac (2009), les personnes disposent déjà à leur entrée dans l'organisation de contrats psychologiques mais ceux-ci sont « incomplets » et doivent être soumis au « test de la réalité ». Pour ce faire les nouveaux entrants cherchent des indices qui leur permettent de donner un sens à leur nouvelle relation d'emploi. Selon De Vos, Buyens et Schalk (2003), le processus de recherche de sens dans la formation du contrat psychologie s'effectue durant la première année. Pour ces auteurs, les contrats des nouveaux entrants sont relativement malléables, contrairement à ceux des employés expérimentés dans leur poste.

Rousseau (2001) constate qu'après le passage du « test de la réalité », le schéma du contrat de la personne est complètement formé et devient « extrêmement résistant au changement ». C'est ce que les résultats d'une étude longitudinale menée par Coyle-Shapiro et Kessler (2009) confirment, les contrats

psychologiques de la population d'étude, des employés expérimentés, seraient restés stables durant deux ans et demi malgré les initiatives de l'organisation visant à augmenter l'implication et l'engagement de ces employés. Robinson et Morrisson, (2000) ont constaté dans leurs recherches, que les employés sont plus à l'écoute des messages qui sont en concordance avec leurs schémas, les auteurs parlent d'« interprétation sélective ».

Delobbe et al. (2009, p.56) estiment que pour changer ce schéma mental, « il est nécessaire que les individus soient motivés à fournir l'effort cognitif requis par un changement qui leur permet de prêter attention et de traiter 'aussi' l'information qui est en décalage avec leur schéma existant ».

III-4. EVOLUTION ET EVALUATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

III-4.1. REALISATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

La plupart des recherches sur la réalisation du contrat psychologique (nous l'avons déjà indiqué) invoquent le processus de réciprocité. La norme de réciprocité, nous l'avons vu, permet de comprendre l'échange entre contributions et rétributions dans la relation employé / employeur. Plus le salarié percevra que l'employeur a tenu ses promesses / obligations, plus grand seront ses efforts de réciprocité. La perception du salarié dépend de l'interprétation des actions réelles de l'employeur : les récompenses effectives. Néanmoins, les obligations qui sont perçus par l'employé comme « pouvant être honorés plus tard » peuvent également influencer ce processus (Coyle-Shapiro, 2002).

De Vos, Buyens et Schalk (2003) qualifient d'« adaptation unilatérale » cet ajustement des obligations perçues. Ce processus surviendrait surtout durant la phase de formation du contrat psychologique, lorsqu'il n'est pas encore figé : les nouveaux entrants utilisent leur expérience au sein de l'organisation comme source d'information.

Les pratiques des ressources humaines, les messages des syndicats, des influences externes (offre d'emplois, situation économique etc.) ou encore certaines stratégies organisationnelles influent sur la perception de l'employé. Ils jouent ainsi un rôle clé dans le processus de formation du contrat psychologique mais aussi dans son évolution ultérieure.

De même, l'influence du collectif de travail peut conduire au développement d'un contrat normatif, parfois en réponse à une mise en place d'une nouvelle organisation de travail et de nouvelles méthodes de management.

Nombre de recherches qui mesurent la réalisation du contrat psychologique portent sur sa rupture et sur les conséquences d'une « sous réalisation » des promesses, sur le processus de violation. Certains auteurs se sont intéressés au contraire au dépassement des promesses que nous évoquerons succinctement dans les lignes qui suivent avant d'examiner les phénomènes de rupture et de violation.

III-4.1.1. Le dépassement des promesses

Van Dyne et Ellis (2007) observent que le dépassement des obligations de l'employé envers l'employeur peut conduire à un « glissement de fonction ». Dans ce cas, le dépassement devient une exigence faisant partie de la fonction qu'occupe l'employé. Le dépassement systématique des obligations peut susciter une forte pression et peut aboutir à un état d'épuisement physique et moral.

Selon Lambert, Edwards et Cable (2009), le fait que l'employeur « donne plus que promis » n'aboutit pas toujours à des conséquences positives, c'est-à-dire à davantage de satisfaction. D'après les résultats de leurs travaux, les promesses perçues de l'employeur en lien avec la rémunération, la reconnaissance et les relations de travail ont un effet positif sur la satisfaction des individus en cas de dépassement. Alors que concernant d'autres obligations, tels que la formation diplômante ou le développement des compétences par l'augmentation des responsabilités et de la charge de travail, les scores de satisfaction sont plus élevés dans le cas d'un respect stricto sensu des promesses et non, comme on pourrait le croire, dans le cas de dépassement de ces promesses.

III-4.1.2. La rupture et les processus de violation du contrat psychologique

Pour Morrison et Robinson (1997), la rupture du contrat psychologique se produit lorsqu'un employé perçoit que l'organisation n'a pas tenu une ou plusieurs obligations. Il s'agirait selon eux, de « l'évaluation cognitive de l'écart « négatif » entre les obligations promises et les rétributions reçues ».

Les nombreuses recherches sur le contrat psychologique menées relèvent l'importance de ce phénomène, les perceptions de ruptures du contrat psychologique sont fréquentes, les sources de ces ruptures très diverses. Robinson et Rousseau (2007) montrent que, de plus en plus souvent, les organi-

sations ont tendance à ne pas tenir les promesses et les obligations liées au contrat psychologique tel qu'il est perçu par le travailleur. Les contextes concurrentiels actuels et les conditions de travail qui en découlent (restructurations, pertes de ressources et d'effectifs, changements de métiers, augmentation de la charge de travail, etc.) sont, en grande partie, à l'origine de ce phénomène. Les conséquences s'avèrent coûteuses pour l'employé et pour l'organisation : perte de confiance en son organisation, diminution des obligations perçues par l'employé à l'égard de son organisation, insatisfaction au travail, perte de l'engagement, affectation de la motivation, perte de performance, augmentation de turnover, perte de compétences....

Face à l'augmentation de ce phénomène, les chercheurs s'intéressent de plus en plus aux facteurs en jeux et aux processus sous-jacents.

Robinson et Morrisson (2000, p. 526) différencient ces conséquences de la rupture du contrat psychologique des effets de la violation de ce contrat : « la perception que l'organisation n'a pas assumé ses obligations (la rupture) devient une expérience affective et émotionnelle de détresse, de frustration et de colère à travers l'interprétation de cette rupture et des circonstances qui l'accompagnent ». La violation serait, selon ces auteurs, la conséquence ultime d'une succession d'événements, de comportements et d'interprétations qui débutent avec la perception que l'autre partie n'a pas tenu une ou plusieurs promesses.

Les auteurs ont élaboré un modèle explicatif du processus de violation du contrat psychologique.

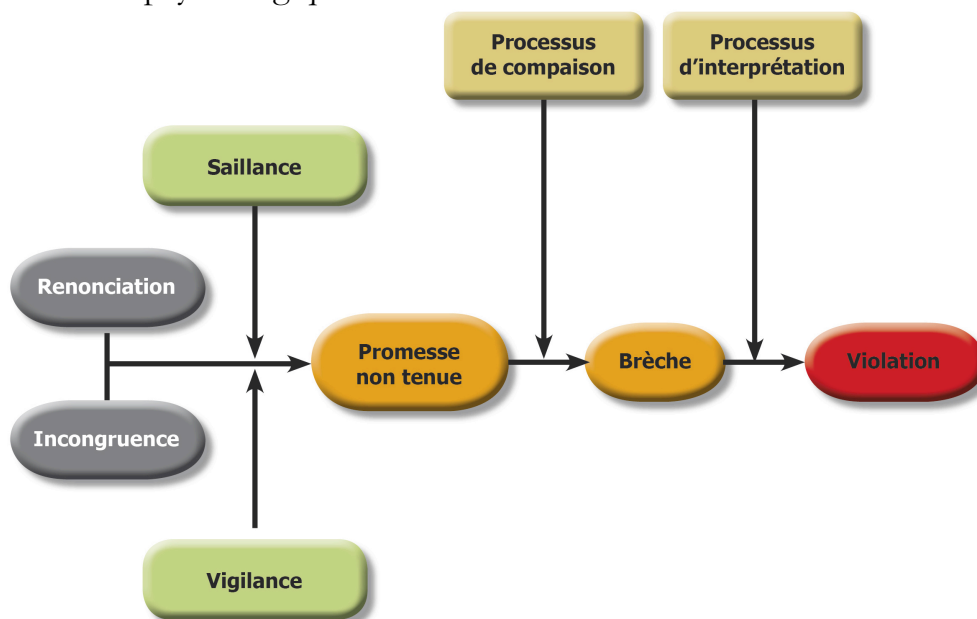


Figure 10 - Le processus de violation selon Morrisson et Robinson (1997)

Morrisson et Robinson (1997) ont repéré deux éléments essentiels qui interviennent dans la perception d'une promesse non tenue : *la renonciation et l'incongruence*.

a) *La renonciation* se produit, selon ces auteurs, lorsque l'employeur (ou ses représentants) reconnaît son obligation mais ne la respecte pas, soit par incapacité soit par manque de volonté. Elle se produit lorsque l'employeur et l'employé interprètent différemment le contrat psychologique

- *La renonciation par incapacité* traduit une impossibilité pour l'employeur de tenir certaines promesses. L'incapacité à tenir les engagements peut être due à des aléas qui interviennent dans l'organisation elle-même ou dans son environnement externe (changements organisationnels, restructurations, contextes devenus très concurrentiels entraînant des difficultés financières ou des baisses de performances).
- *La renonciation par manque de volonté* se présente pour Morrisson et Robinson sous deux angles : l'organisation (ou ses représentants) ne tiennent pas la promesse soit parce qu'elle n'a jamais eu l'intention, soit parce qu'elle en a décidé autrement. Ces mêmes chercheurs soutiennent que l'organisation aura tendance à ne pas respecter ses engagements lorsqu'elle considère que « les bénéfices liés à la renonciation sont supérieurs aux coûts qu'elle occasionne » (Morrisson et Robinson, 2009, pp. 91-92). Ce processus serait influencé par l'asymétrie des pouvoirs (entre employé et employeur), le comportement de l'employé et le type de relation d'échange. Ainsi, Morrisson et Robinson défendent l'idée que la rétraction de la part de l'organisation est plus fréquente quand les employés possèdent peu de pouvoir dans la relation d'emploi. De même, lorsque l'organisation juge que l'employé n'a pas tenu ses promesses : il s'agira alors « d'une expression de revanche ou d'une restauration d'équité » (Morrisson et Robinson, 2009, pp. 91-92) ; ou encore, lorsque la relation d'échange est basée sur un contrat de type relationnel.

b) *L'incongruence* quand à elle se traduit par une différence de perceptions concernant les obligations mutuelles qui définissent la relation d'emploi. Cette incongruence peut, selon Morrisson et Robinson, porter sur les contenus des obligations ou leurs accomplissements. Ils définissent trois éléments en interaction qui permettent de comprendre cette différence de perceptions :

- *la divergence des schémas* : les schémas mentaux se développent, nous l'avons décrit plus haut, progressivement en fonction des expériences, personnelles et professionnelles, antérieures (phases de socialisation durant l'enfance et l'adolescence, socialisation professionnelle...) et en fonction des différentes cultures (familiale, scolaire, de métier, organisationnelle...) et des valeurs qui façonnent les individus. La probabilité d'une divergence entre les schémas de l'employé et de l'employeur (ou de celui ou ceux qui le représentent) est donc élevée. Les perceptions des contributions et rétributions de chaque partie engagée dans cette relation d'emploi (des obligations mutuelles) diffèrent alors. Dulac, Delobbe et Saffery (2009) ont montré dans leurs études sur la socialisation organisationnelle des nouveaux entrants, que plus ce processus de socialisation est institutionnalisé, plus les croyances et présupposés convergent entre le nouvel entrant et l'organisation. De même, ces auteurs ont montré que les perceptions de rupture et de violation du contrat psychologique sont moindres lorsque l'intégration des nouveaux entrants est institutionnalisée.
- *la complexité et l'ambiguïté des obligations* : les informations que reçoivent les employés à propos des obligations sont souvent nombreuses, ambiguës, complexes mais incomplètes, ce qui influence la perception et l'interprétation et altère le processus de mémorisation (Morrison et Robinson, 1997 ; Rousseau, 1998). Selon Griffin et Ross (2009), les individus vont tenter de combler les informations manquantes à partir de signaux contextuels et d'expériences antérieures. Ainsi, le risque d'une divergence entre les perceptions (de l'employeur et de l'employé) est important.
- *l'insuffisance de communication* : Morrison et Robinson soulignent l'importance de la communication et ce, déjà, durant la phase de recrutement car rappelons le, le contrat psychologique se forme avant même l'entrée dans l'organisation. Dulac, Delobbe et Saffery (2009) précisent que lorsque la communication durant la phase de recrutement est de qualité, c'est-à-dire lorsqu'il y a un échange sur le contenu du contrat psychologique lorsque les obligations mutuelles sont évoquées, les perceptions de rupture et de violation sont moins fréquentes durant la phase d'intégration. Par contre, selon Morrison et Robinson (1997), la

probabilité d'incongruence augmente avec le temps du fait du changement d'interlocuteurs car les représentants de l'organisation qui émettent des promesses au début de la relation ne sont pas toujours les mêmes que ceux qui doivent les tenir. Les mêmes auteurs affirment qu'une relation et une communication de qualité, entre l'employé et le représentant de l'organisation, « minimise la perception de brèche » Robinson et Morrison (2000).

D'après Morrison et Robinson (1997), pour que l'employé perçoive une rupture du contrat psychologique, deux conditions sont nécessaires :

- l'employé a le sentiment qu'une ou plusieurs promesses n'ont pas été tenues,
- l'employé considère avoir tenu ses promesses vis-à-vis de son employeur et estime qu'il y a un déséquilibre entre rétributions et contributions.

Selon ces mêmes auteurs, ce processus de comparaison est affecté à la fois par le *biais 'd'autocomplaisance'*, c'est-à-dire que l'employé a tendance à surestimer ses contributions et par *l'effet de seuil*. Morrison et Robinson (1997) soutiennent que l'effet de seuil est influencé par : *la sensibilité à l'équité* (les personnes qui ont une sensibilité à l'équité élevée interprètent une promesse non tenue rapidement comme une rupture). Cet effet de seuil dépend aussi du *type de relation d'échange*. Ainsi, un contrat psychologique de type transactionnel basé sur des échanges directs et rapides prédit, selon ces auteurs, un seuil de détection de la rupture bas.

Comme nous l'avons déjà précisé, Morrison et Robinson (1997) ont établi une distinction entre la perception de la rupture (qui consiste en une comparaison cognitive entre ce qui a été reçu et ce qui a été promis) et la perception de violation (qui est une réaction émotionnelle qui peut accompagner la perception de la rupture). Cette réaction affective se traduit par des sentiments d'incompréhension, de frustration, d'injustice, d'amertume, d'indignation, parfois d'humiliation mais surtout d'une perception d'avoir été trahi... Selon les auteurs, ce *processus d'interprétation* est influencé par :

- *l'évaluation des résultats* : l'importance de l'écart (négatif) perçu entre les contributions respectives.

- *le processus d'attribution des causes de la rupture* : l'employé jugera en fonction du degré de prévisibilité, du contrôle de ceux qui représentent l'organisation et des facteurs qui ont entraîné la rupture (comme l'éventuelle responsabilité de l'organisation). Ce processus d'attribution est modulé à la fois par le degré de confiance entre l'employé et son organisation (Robinson, 2009) et par les explications fournies par l'organisation sur les raisons d'une promesse non tenue (Turnley et Feldman, 1999).
- *l'évaluation en termes de justice et d'éthique* qui recouvre l'impartialité des décisions, le degré de respect et d'honnêteté envers l'employé (Morrison et Robinson, 1997).
- *le contrat social prédominant*, c'est-à-dire les valeurs et les normes sur lesquelles se base le contrat psychologique. Ces contrats sociaux varient en fonction du contexte et du moment.

« La perte de confiance et le sentiment de trahison engendrés par la perception de violation peuvent diminuer, voire même éliminer, tout attachement de l'employé à l'organisation. L'employé aura tendance, par prudence ou par méfiance, à transformer un contrat relationnel en contrat transactionnel comportant le moins d'émotions possible ... » (Lemire et Martel, 2007, p. 160).

Les changements organisationnels, à l'origine de contraintes nouvelles pour les salariés, ont modifié les exigences de la tâche souvent sources de stress mais également le contenu de ce lien moral entre le travailleur et l'organisation. Et par voie de conséquence, ces transformations engendrent des risques de déstabilisation de la relation de travail spécifiée par le contrat psychologique. Peut en résulter une expérience psychologiquement douloureuse pour le salarié, qui risque d'entraîner des problèmes de santé (physiques ou mentaux), dès lors que les processus de régulation des contradictions qu'il vit sont altérés et « tournent à vide ». Dans ce cas, la rupture du contrat psychologique est perçue comme une violation, le sujet se trouve dans l'incapacité (durable ou provisoire) à pouvoir traiter ces contradictions. Nous pensons que ces situations de souffrance sont liées en grande partie à des conflits intra personnels provoqués par une mise en doute des activités auxquelles le sujet a adhéré, attaché du sens et des valeurs auxquelles il tient (et qui les tiennent).

Rappelons que selon Morrison et Robinson (2009, p. 54), les valeurs intériorisées durant les différents moment de socialisation (durant l'enfance,

l'adolescence, les premières expériences avec la vie professionnelle) « sont influencées par la famille, les différentes écoles, les groupes de pairs et les interactions avec les autres travailleurs » Ces valeurs rentrent en jeu dans la construction du schéma mental à propos de leur relation d'emploi (Rousseau 1998). Mais dans le concept du contrat psychologique, tout comme dans les approches décrites précédemment dans le chapitre II qui traitent du phénomène de stress et de la souffrance, la sphère professionnelle apparaît comme dominante. Nous considérons cependant, que le « hors travail », c'est à dire les autres sphères et les autres temps des activités des sujets, constituent des ressources ou des contraintes (matérielles, psychiques, relationnelles...) au maintien de l'équilibre de l'individu et qu'elles participent à la création de nouvelles représentations et motivations. L'interdépendance entre les sphères de vie, active ou inhibe les ressources. Ce transfert de ressources peut entraîner la définition de projets. Il peut par exemple s'agir de nouvelles sources de compétences que le sujet cherche ou conforte en fonction d'engagements qu'il a dans d'autres domaines de sa vie personnelle et sociale.

Ainsi, la sphère non professionnelle doit être prise en considération dans l'étude de la souffrance au travail pour comprendre sa genèse et la réaction des salariés face aux situations génératrices de souffrance. En ce sens, notamment, les valorisations des différents domaines de vie peuvent avoir un rôle modérateur dans l'investissement au travail, de la même façon que les événements de vie dans les autres sphères ou dans les autres temps de l'histoire du sujet ont un impact sur les représentations du travail. L'identité des salariés se trouve « reconfigurée » par des processus qui relèvent du milieu professionnel et dialectiquement des milieux de la vie hors travail.

CHAPITRE IV

Problématique et hypothèse générale de la recherche

IV-1. CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS, TRANSITIONS PSYCHOSOCIALES ET PERSONNALISATION

Comme nous l'avons déjà longuement évoqué, les modes managériaux actuels présupposent un modèle de personnalité basé sur la réalisation de soi, le désir de réussite et l'attrait pour la compétition. Leur but est d'aboutir à une implication des hommes avec ou malgré eux, ce qui représente un facteur essentiel de l'efficacité des organisations. Mais ce système « socio-mental » se paie par un fort coût humain. Nous l'avons noté, les bénéfices psychologiques à court terme sont durement contrebalancés par des souffrances psychiques dont les indicateurs sont multiples, de même que les manifestations concrètes (mentales, comportementales...).

Aussi, les notions de projet, de motivation, de performance ... sont aujourd'hui des normes obligées dans la gestion du « facteur humain » dont la logique est dictée par le milieu de travail, lui-même subordonné à des injonctions souvent abstraites et de plus en plus lointaines. Ce ne sont pas des choix que chacun peut faire de manière privée, mais des règles communes à tous, valable pour tous, sous peine d'être mis en marge de la société ou de l'organisation de travail. Ces règles sociales exigent de l'initiative et des aptitudes mentales qui deviennent la mesure de la personne et l'échec peut aboutir à la dépression. « Défaut de projet, défaut de motivation, défaut de communication : le déprimé est l'envers exact des normes de socialisation actuelles que les institutions économiques et financières fixent comme idéal. Le déprimé est un homme en panne » (Ehrenberg, 2000, p.290-294).

Comme nous l'avons souligné avant, selon de nombreux chercheurs (Aubert, 2003 ; Sennett, 2000 ; Davezies, 2005a ; Clot, 1999a), sont également mises en cause l'augmentation du travail dans l'urgence qui réduit les marges de manœuvre et l'affaiblissement du lien social qui affaiblit le rôle protecteur des collectifs. Accompagnées d'une intensification de la charge du travail et d'une rigidification plus ou moins explicites des contrôles, elles engendrent une dégradation des conditions de travail dont on estime qu'elle est à l'origine de la souffrance (cf. chapitre II de ce document).

De plus, l'activité professionnelle, désormais basée sur la flexibilité et le court terme (Brangier, Lancry et Louche, 2004), ne peut plus jouer son rôle positif de construction identitaire. Du fait du manque de stabilité dans le milieu professionnel, le sujet ne peut plus que difficilement apporter sa contribution singulière à l'œuvre commune, ni se reconnaître en elle, alors qu'elle est

pourtant nécessaire au processus de construction de l'identité personnelle et sociale.

Selon Dubar (2000), les changements dans le travail sont contradictoires, le prescrit tend à s'effacer alors que le niveau d'exigence augmente. L'acte productif s'élargit et se déplace vers l'amont et tend à devenir une activité de gestion globale des processus, de flux physiques et d'informations.

Les processus de transformation du travail, correspondent à une « destruction créatrice » qui affectent le sens au travail et les rapports sociaux. Pour Dubar, le travail qui demande l'accomplissement de tâches de plus en plus insignifiantes, a tendance à aboutir, par voie de conséquence, « à une nécessité de survie » et ne représente donc plus une « occasion de créativité personnelle et collective, reconnue et valorisée ».

Les nouvelles cultures organisationnelles sont, pour l'essentiel, des cultures d'économie et elles se heurtent souvent aux cultures professionnelles (Salengro, 2005). Ces conflits par exemple, entre les normes du marché et les normes subjectives, sont souvent considérés comme des déterminants de la souffrance morale. Ils peuvent provoquer discontinuités et perturbations dans la trajectoire de socialisation professionnelle et aussi personnelle des individus.

Les changements organisationnels se produisent au travers de tensions entre modèles anciens et modèles en train de devenir dominants. Ces tensions de niveaux social et économique influent sur les transitions psychosociales. Dans cette optique nous envisageons les rapports entre les changements organisationnels et leurs conséquences individuelles, c'est à dire les activités et les réactions des individus face à ces changements sociaux, dans les termes que la notion de transition psychosociale offre.

Si l'on se réfère à l'un des textes de Parkes (1971), auquel on doit cette notion, on retiendra que les transitions correspondent à des passages, des moments charnières, dans les évolutions sociales et/ou individuelles. Elles se caractérisent par des transformations plus ou moins brusques ou subites, plus ou moins profondes et durables. Elles requièrent de la part des personnes qu'elles « fassent le point » (comme l'on dit familièrement), qu'elles évaluent les portées de ces transformations, qu'elles les acceptent ou les refusent ou bien qu'elles les « aménagent à leur manière ». « Les restructurations lors de transitions sont signifiées et interprétées par les sujets à partir des apports et des insuffisances qu'ils cherchent à objectiver dans leurs expériences antérieures de vie... », d'où peuvent émaner (mais pas toujours, ni spontanément) des projets (Baubion-Broye, R. Dupuy et Hajjar, 2004, 374-379).

Ces transitions (selon Parkes) qui engendrent des pertes ou bien des gains dans l'espace de vie des sujets, entraînent des restructurations psychologiques ou matérielles. Elles affectent plus ou moins profondément les rapports que les sujets entretiennent avec autrui et avec leur environnement pertinent, de même qu'elles modifient les représentations qu'ils se font d'eux-mêmes. Elles sont liées à des événements (dramatiques ou positifs) qui scandent les trajectoires de socialisation des individus. Elles constituent des moments cruciaux de leur développement personnel et social. Ces transitions sont à l'origine de questionnements pour les sujets : sur leur devenir dans celui des milieux et des institutions auxquels ils appartiennent. Le sujet y prend la conscience, plus ou moins claire, que ses conduites futures ne peuvent être de simples prolongements ou des répétitions de ses conduites et de ses habitudes antérieures mais qu'elles doivent s'effectuer en séparation avec ces dernières souvent au prix de désarrois et souffrances.

Les situations de transition sont plus ou moins anxiogènes et incertaines. Ce sont des situations de changements dont les sujets tentent d'influencer le cours et les répercussions, sans nécessairement toujours y parvenir. Elles correspondent également, mais pas uniquement, à des crises qui peuvent aboutir à la dépression lorsque les sujets ont le sentiment de ne plus avoir de maîtrise, de ne pas être à la hauteur des performances qu'on attend d'eux ou qu'ils s'assignent à eux mêmes (Ehrenberg, 2000). Rappelons que pour cet auteur, la dépression correspond à une maladie de la responsabilité, issue d'un sentiment d'insuffisance. La montée en puissance des règles de la concurrence économique et de la compétition propulse le salarié à la conquête de son identité et de sa réussite sociale mais l'expose à l'échec : « le déprimé n'est pas à la hauteur, il est fatigué d'avoir à devenir lui-même », comme l'écrit Ehrenberg.

Ainsi, les transitions psychosociales peuvent conduire à des blocages dans le développement des sujets. Mais elles peuvent également y susciter les motifs d'invention de nouvelles conduites et faire révéler des ressources insoupçonnables. Pour Dubar (2000), les épreuves des transitions représentent des « expériences vitales existentielles ». De même, les transitions peuvent faire naître « un pouvoir d'agir sur leurs propres actes » (Clot, 1995), amener le sujet à rechercher des stratégies et des conduites « pour s'en sortir » et éventuellement modifier, à travers ces agissements, quelque chose dans la réalité du travail. Elles confrontent les sujets aux indéterminations du futur mais les ouvrent aussi à l'imagination de nouveaux possibles, fussent-ils d'apparence irréaliste ou lointains. Perdre la capacité à imaginer est, sans doute, l'un des signes révélateurs de souffrance sinon d'aliénation.

En raison des profondes mutations du monde du travail aujourd'hui, ces transitions sont encore plus tumultueuses qu'auparavant et d'issues incertaines et le risque de la désocialisation s'y trouve très présent. Car, par son travail, le sujet cherche à apporter une contribution singulière à la construction d'un monde commun. A travers lui, il poursuit le processus de construction personnelle et cherche à donner un sens à sa vie. Dans son travail, il « engage son identité et sa santé » (Davezies, 2006). La souffrance psychique témoigne (on peut en faire l'hypothèse) de l'impasse de ce processus et selon plusieurs auteurs (Ehrenberg, 2000 ; Davezies, 2005a ; Clot, 1995), la souffrance au travail est liée au fait que l'activité se trouve « amputé de dimensions vitales », élaguées, désignées ou réprimées par l'organisation du travail.

L'évaluation des situations est difficile et les modes de sortie ne sont pas donnés *a priori*. Ils sont à définir en projets et en actes. Ils traduisent un ensemble de processus de construction de la personne et les réactions qu'elle tente de mettre en œuvre face aux injonctions conflictuelles de ses groupes de référence et d'appartenance dans les milieux de sa socialisation. Ainsi, estimons nous, les enjeux de la socialisation professionnelle ne sont pas séparables des enjeux de la personnalisation.

Nous voulons indiquer par là que la socialisation des individus passe par des conduites de personnalisation, d'une « intériorité active » et de leur capacité à devenir agents de leur socialisation tout au long de l'ontogenèse, dès l'enfance.

La personnalisation est un processus psychosocial par lequel le sujet se construit et cherche à s'affirmer en tant que personne, entre des ancrages sociaux et des racines identitaires, des projets qui ne sont pas nécessairement compatibles. Ceux-ci peuvent créer des tensions et des dilemmes qui, lorsqu'ils ne sont pas objectivés et résolus, provoquent du stress et de la souffrance. Comme nous l'avons déjà souligné, les tensions entre les normes du marché, les normes professionnelles et les normes sociales et subjectives sont, selon certains auteurs, souvent à l'origine de souffrances (Davezies, 2005a ; Salengro, 2005 ; F. Dupuy, 2005). La souffrance traduit alors une perte de signification et la mise en doute des activités et des valeurs auxquelles le sujet a adhéré. Elle apparaît lorsque le sujet n'arrive pas à dépasser les tensions (internes ou relationnelles), lorsque des pressions trop fortes s'exercent sur lui sans qu'il ait ou sans qu'il perçoive « subjectivement » les ressources nécessaires pour y faire face.

Les activités de personnalisation correspondent, selon Malrieu qui fut à l'origine des premières définitions, à « l'effort des individus plus ou moins

conscients, pour restructurer les systèmes d'attitudes et les cadres de références élaborés dans les pratiques de socialisation » (Malrieu, 1973, p. 218-226), aussi bien les pratiques de l'éducation dans l'enfance que les pratiques professionnelles plus tard. Pour l'auteur, elles s'accomplissent, « en réaction aux processus d'aliénation » qui sont consécutifs aux contradictions que vit le sujet entre ses diverses appartenances sociales et ses relations interpersonnelles. Le sujet est contraint de concilier des exigences multiples qui tiennent à son passé et à ses engagements actuels et qui ne sont pas toujours compatibles qui, en tous cas, sont des sources d'hésitations, de doutes, d'inquiétudes.... Après Malrieu, Curie écrit : « Ce passé est source de déséquilibre de l'acteur au sein de l'organisation dans la mesure où il ne peut trouver dans la situation présente les occasions de satisfaire l'image de lui-même qu'il a pu former dans son histoire. Ces déséquilibres se doublent de ceux qui résultent de l'engagement de l'acteur dans une pluralité d'organisations qui sont sources d'appels, d'injonctions et de valeurs contradictoires (ou qui peuvent l'être). Face à ces contradictions l'acteur élabore des projets de transformation de lui-même et/ou de la situation, projets qui le conduisent à faire exister certains aspects de son passé et qui viennent des termes des conflits dans lesquels il est présentement engagé. C'est ce double mouvement régressif et progressif que nous appelons personnalisation » (Curie, 2000, p. 94-95).

Il ne peut y avoir personnalisation hors des tentatives actives du sujet pour dépasser des situations insatisfaisantes et des conflits. C'est dès la prime enfance que le sujet est amené à subir des conflits et tensions issus de ses milieux d'appartenance, et éventuellement à en souffrir lorsque les situations deviennent trop aliénantes et sont perçues comme telles par le sujet. Mais il en évalue aussi les sources et les incidences dans la pluralité de ses engagements en vue de trouver des stratégies d'autonomie. Ces conflits appellent des choix et des actes. Ils sont initiateurs d'une dynamique subjective dans ces situations qu'il peut chercher à transformer ou qu'il subit (au risque de déséquilibres provisoires ou durables). Ainsi dans la perspective de Malrieu, Curie écrit : « Soutenu par un modèle historiquement construit par la personne, l'individu délibère, hésite entre des valeurs contraires, élabore des projets de dépassement, oppose des refus et fait des choix. Des choix bien entendu peu conscients dans la mesure où il ignore le plus souvent l'origine historique des contradictions qui existent entre les organisations dont il fait partie, mais aussi dans la mesure où il ignore les déterminants des actes et des choix présents dans son histoire personnelles. » (Curie, 2000, p. 298).

Les enjeux de personnalisation concernent donc non seulement la recherche actuelle des conditions que les sujets évaluent les plus propices à résoudre leur problème professionnel, mais également le sens qu'ils leur attribuent en fonction des ressources et des contraintes qui émanent de plusieurs domaines et temps de leur socialisation.

Les sujets doivent composer avec les obstacles et les possibilités qui révèlent leurs propres tentatives pour réaliser soit la continuité soit l'abandon d'images de soi, d'intérêts, de valeurs associées à leurs activités (professionnelles, familiales et sociales). Les sujets sont des « opérateurs de réorientation et de transformation de leurs propres conduites » (Baubion-Broye, Malrieu et Tap, 1987). Sur ce registre, la personnalisation consiste dans la mise en œuvre de processus par lesquels adviennent de nouveaux possibles, dans « un effort du sujet pour trouver la signification de ses actes et de son existence » (Malrieu, 1973, p. 218-226).

Cette conception des rapports entre socialisation et personnalisation diffère, on le voit, des conceptions sociologiques qui réduisent bien souvent la socialisation à l'assujettissement des individus à une structure extérieure à lui-même, à des processus de coercition institutionnelle auxquels ils sont poussés à adapter. Cet effort n'est pas l'affaire d'un sujet isolé. Pour Malrieu, « c'est par la médiation des relations interpersonnelles dans le groupe que le sujet se construit, dans une dialectique d'identification et d'individuation délibérée, les structures de sa personnalité et la conscience de soi sans lesquelles il n'y a pas de socialisation de type humain et donc pas non plus d'institution et pas de milieu social » (Malrieu, 1973, p.37). Sans méconnaître les freins, les obstacles qui, dans la relation à autrui et dans les institutions, peuvent altérer ce processus de transition.

IV-2. L'APPROCHE SYSTEMIQUE DES ACTIVITES DE SOCIALISATION ET DE PERSONNALISATION

Ce modèle de la socialisation-personnalisation légitime une approche systémique dont nous indiquons quelques propositions. L'approche systémique veut caractériser et expliquer les modes d'échanges, les étayages et les conflits selon lesquels se forment et se remanient les activités des sujets en des domaines différents de leur socialisation.

Rappelons succinctement les principaux axes de ce modèle d'analyse.

Le système des activités comprend l'ensemble des activités effectivement réalisées ou projetées par un sujet. Ces activités s'organisent selon des relations de système, relevant de domaines distincts (familial, personnel, professionnel, social ...) assimilables à des sous-systèmes. Chacun de ces sous-systèmes se définit par ses objectifs, ses moyens, contraintes et ressources, et fonctionne de façon autonome grâce aux modes de régulation. Mais il est également tributaire des autres activités, entre les sous-systèmes s'effectuent des échanges et transferts, informationnels, motivationnels et matériels.

Selon les propositions de la thématique du système des activités, le modèle de vie constitue l'instance de contrôle de ces échanges, il est le produit de l'histoire du sujet, c'est à dire de ses activités antérieures. Mais il est également orienté par les projets du sujet. De ce fait, le modèle de vie assure l'intégration du passé et du présent du sujet en fonction du futur qu'il souhaite plus ou moins confusément faire advenir. Les rapports ou les divisions que les sujets instaurent entre les activités des différents sous-systèmes dépendent de ce modèle de vie. Le travail psychique du sujet recouvre les processus d'élaboration, d'organisation et de coordination des activités. Ces processus sous tendent les réponses des sujets à leurs conditions de vie telles qu'ils les signifient en fonction de leur modèle de vie.

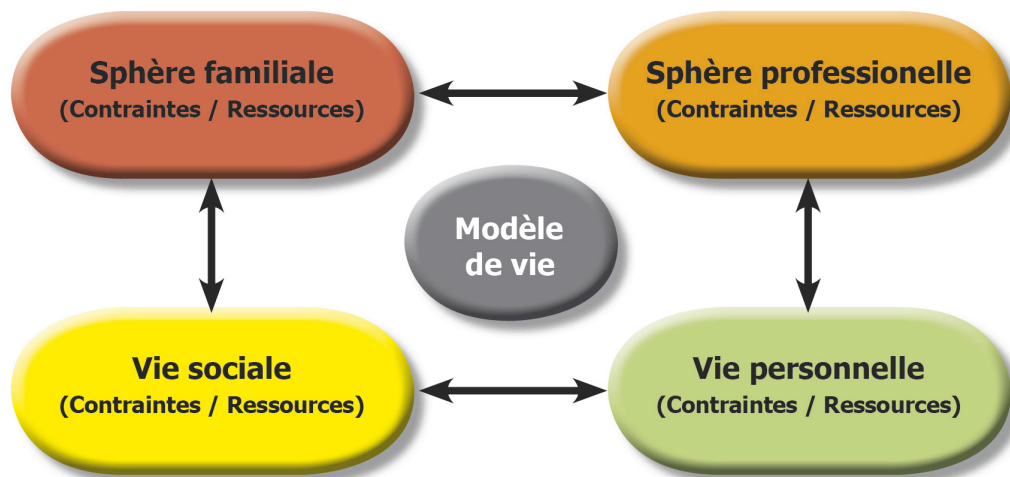


Figure 11 - Système des activités selon Curie (2000)

Dans cette perspective, consonante avec la conception que nous avons présentée plus haut de la personnalisation, face à des changements organisationnels, le salarié n'est pas seulement réactif mais actif. Il n'a pas seulement des comportements adaptatifs, mais il va tenter de maintenir une unité, renou-

veler ses engagements en recherchant des complémentarités (ou des séparations) entre les activités de ses différents domaines de vie. Bakhtine cité par Clot (1995, p. 214-217) nous dit que « chaque activité du travailleur est un écho rempli des appels de ses autres activités ».

En effet, chaque activité procure aux autres des ressources matérielles et informationnelles indispensables à leur accomplissement et constitue de la sorte une condition de leur développement. Mais également chaque activité consomme des ressources individuelles temporelles et énergétiques limitées. Elle peut aussi faire obstacle au développement des autres activités. Nos différents registres d'activités entretiennent entre eux des relations d'interdépendance relative. Chacun de ces registres prend sens par rapport aux autres, aux conflits et aux aides qui existent entre eux. Ainsi, le travail a des déterminants comme des conséquences à l'extérieur du registre des activités professionnelles.

Nous considérons que les déséquilibres à l'intérieur du système des activités sont liés « à une défaillance des mécanismes de la régulation que requiert une modification, par excès ou par défaut, des ressources ou des contraintes en un point du système des activités », (Curie, 2000, p. 367-373). Autrement dit, lorsque les régulations entre les diverses activités du sujet échouent, lorsque le sujet ne peut se libérer des contradictions internes devenues insupportables pour lui, alors se peuvent se générer des déséquilibres... Les phénomènes de souffrance ne sont pas en soi pathologiques. Ils résultent souvent de l'incapacité (longue ou provisoire) où le sujet se trouve de pouvoir traiter ces contradictions. Le sentiment de pression temporelle, mais également le sentiment de perdre son temps peuvent être à l'origine de la souffrance liée au travail. L'ennui qui résulte de la privation d'une activité comme l'ennui ressenti dans l'accomplissement d'une autre peuvent indiquer un blocage du modèle de vie. Pour plusieurs auteurs (Baubion-Broye, Hajjar et Curie, 1989 ; Roques, Cascino et Curie, 1990 ; Curie, 1993, 2000) les dérégulations du système des activités du sujet ont un impact sur l'estime de soi, sur la capacité de se projeter, sur les relations qu'il a noué avec autrui ...

Un des enjeux des processus de régulation est d'éviter la dépersonnalisation. Il ne suffit donc pas d'analyser les causes des problèmes, qu'ils soient catégorisés ou non de pathologiques, pour comprendre les enjeux des transformations du travail et leurs effets psychosociaux pour les individus, il faut aussi prendre en compte les processus impliqués dans les réponses construites par les personnes face aux sollicitations de leur environnement. Il convient de réaliser l'analyse des échanges qu'elles établissent entre les différents domaines de vie, au niveau des ressources intra-personnelles (par exemple comme

l'estime de soi et le sentiment de contrôle), mais aussi au niveau des ressources interpersonnelles. Par exemple des soutiens sociaux peuvent représenter des ressources dans la gestion du stress ou dans une éventuelle réorientation professionnelle. Ces échanges participent à l'élaboration de stratégies qui peuvent conduire les sujets à promouvoir de nouvelles représentations de soi, à instaurer de nouveaux rapports entre leurs activités et à tenter d'élaborer de nouveaux projets.

IV-3. LES REACTIONS INDIVIDUELLES A LA VIOLATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

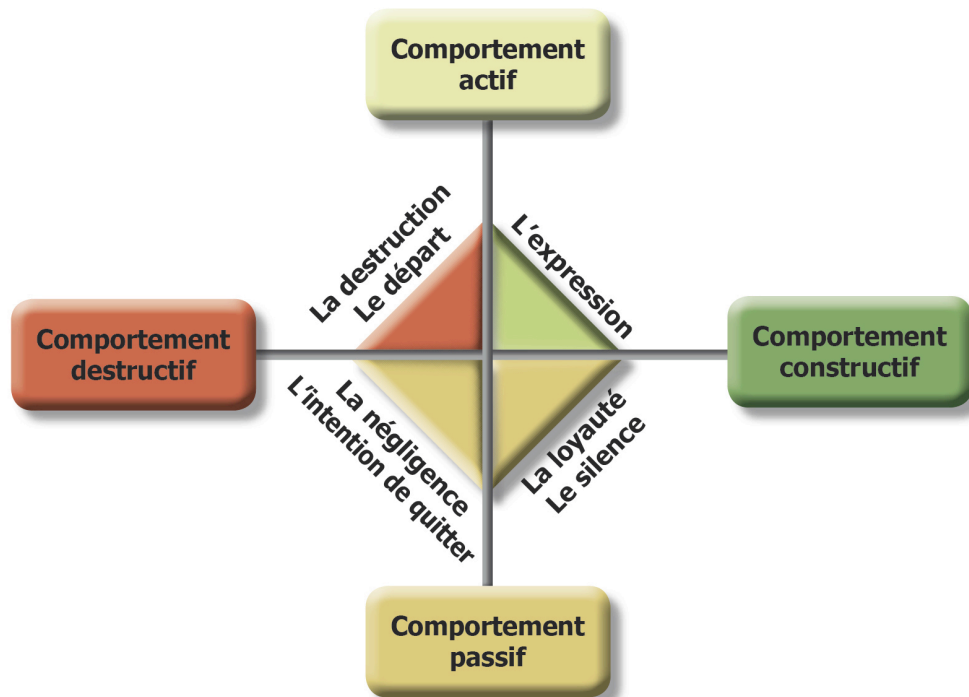


Figure 12 - La typologie des réactions individuelles à la violation du contrat psychologique selon Rousseau (2007)

Rousseau (2007) soutient que les comportements exprimés par les employés en réponse à la violation du contrat psychologique sont influencés par des prédispositions personnelles et des facteurs situationnels. Pour l'auteur, il y a quatre réactions possibles :

a) le départ de l'organisation : l'employé va remettre en question son attachement à l'organisation. Il peut mettre fin à sa relation d'emploi soit en

démisionnant soit en demandant une mutation pour autant que les deux possibilités existent objectivement et dans l'organisation et son environnement. Cette décision signifie que l'employé a peu d'espoir que la situation s'améliore dans le temps. L'auteur mentionne que, majoritairement, les relations d'emploi se rompent à l'initiative de l'employé, mais parfois c'est l'employeur qui décide d'y mettre fin, considérant que l'employé ne répond plus aux attentes. Rousseau précise que cette « réponse active et destructive » à la violation du contrat psychologique est plus probable :

- dans le cas de relations d'emploi de type transactionnel,
- lorsque le marché de l'emploi est favorable à l'employé ou à l'employeur,
- lorsque la relation d'emploi est relativement nouvelle,
- en cas de « phénomène de groupe », quand d'autres employés quittent aussi l'organisation,
- quand les tentatives de renégociation du contrat psychologique ont échoué.

b) l'expression : une réponse « active et constructive » est utilisée par l'employé dans le but de rétablir l'équilibre de la relation d'emploi. Il va communiquer son incompréhension, sa déception et son insatisfaction dans le but de trouver une solution, de corriger les actions initiées par l'organisation ou de trouver un soutien souvent auprès de son supérieur hiérarchique direct, parfois en sollicitant une aide externe : auprès des syndicats, médecins du travail.... L'expression est facilitée par une relation de confiance entre les différentes parties engagées dans cette relation d'emploi et lorsque l'employé a le sentiment que son expression peut influencer ces différentes parties.

c) la négligence et la destruction : ces comportements, considérés par Rousseau comme passifs-agressifs, traduisent un désengagement, un désintérêt vis-à-vis du travail. Rousseau fait une distinction entre la négligence passive d'une part, qui s'exprime par exemple par des retards ou des absences répétés ou une diminution de l'efficacité, et, d'autre part, la destruction active. Il s'agit de comportements agressifs et contre-productifs (ex. : vandalisme, violences). Ils sont plus susceptibles de se produire dans une culture d'entreprise agressive où conflits et ruptures du contrat psychologique sont fréquents.

d) la loyauté et le silence : l'employé, dans le but de préserver sa relation avec son employeur, attend passivement une amélioration de sa situation. Il s'agit d'une réponse passive-constructiviste. Ou apporte du soutien à son organisation. Mais progressivement il va se désengager affectivement. Le silence peut traduire une stratégie ou un manque d'alternatives. Ces comporte-

ments se produisent davantage dans des organisations peu ouvertes à la communication ou lorsque le marché du travail est peu favorable à l'employé.

Le concept du contrat psychologique nous permet de comprendre d'une part comment une relation de travail se construit et évolue entre employeurs et employés en fonction des mutations des contextes professionnels. Ces modifications sont la plupart du temps décidées de façon unilatérale et peuvent engendrer un sentiment de rupture. D'autre part, l'analyse sous cet angle nous permet de mieux saisir les conséquences d'une « remise en question des acquis » sur les comportements de l'employé et sur son équilibre psychologique qui, par ricochet, auront un effet sur la relation d'emploi et sur l'efficacité organisationnelle. « En réalisant que les changements organisationnels modifient les règles du jeu acceptées préalablement par les employés et en comprenant qu'un éventuel déséquilibre entre ce qu'un employé attend et obtient pourrait provoquer sa confusion, son insatisfaction, voire même sa protestation, l'organisation peut dès lors remettre en question certaines philosophies et pratiques de gestion préconisées depuis fort longtemps et peut-être devenues inappropriées. » (Lemire et Martel, 2007, p. 160).

Mais une rupture du contrat psychologique peut également intervenir suite à des changements induits par l'employé. La sollicitation d'un congé de formation, une demande de congé parental ou de temps partiel peuvent être signifiées par l'employeur comme une baisse d'engagement, d'implication dans son travail. Cela peut provoquer un sentiment de trahison et peut entraîner des réponses négatives de la part de l'employeur, comme une remise en cause des promotions ou du plan de carrière, une allocation de tâches moins intéressantes, ou encore une diminution de l'autonomie et des responsabilités du travailleur ou une mise en place d'un hyper contrôle.

Dans les deux cas, les conséquences sont susceptibles d'aboutir à des situations conflictuelles.

On conçoit aisément, que les changements organisationnels, à l'origine de contraintes nouvelles pour les salariés, ont modifié les exigences de la tâche souvent sources de stress mais également le contenu du contrat psychologique entre le travailleur et l'organisation. De plus en plus souvent les organisations ont tendance à ne pas tenir les promesses et les obligations qui font partie du lien moral tel qu'il est perçu par le travailleur.

Les changements susceptibles d'intervenir dans une relation de travail spécifiée par le contrat psychologique, engendrent des risques de déstabilisa-

tion de cette relation et de rupture de ce contrat. Il en résultera une expérience psychologiquement douloureuse pour le salarié, qui peut entraîner des problèmes de santé (physiques ou mentaux), dès lors que les processus de régulation des contradictions qu'il vit sont altérés et « tournent à vide ».

Dans ce cas, la rupture du contrat psychologique est perçue comme une violation, le sujet se trouve dans l'incapacité (durable ou provisoire) à pouvoir traiter ces contradictions. Nous pensons que ces situations de souffrance sont liées en grande partie à des conflits intra personnels provoqués par une mise en doute des activités auxquelles le sujet a adhéré, attaché du sens et des valeurs auxquelles il tient (et qui les tiennent). Ce qui ne signifie pas qu'ils soient confinés à la personne prise individuellement. Ces conflits ont des déterminants extérieurs dans les conditions générales de l'emploi, dans les conditions spécifiques d'une fonction professionnelle particulière au sein d'une organisation donnée, comme, à une autre échelle, dans les mutations radicales qui viennent bousculer le système des institutions économiques, financières, juridiques...

Les significations que le sujet attribue à la situation difficile qu'il traverse dépendent selon nous, des ressources et des contraintes mais aussi des conflits qui émanent de plusieurs domaines et temps de sa socialisation au travail ou en dehors du travail.

Elaborer des conduites pour faire face n'est pas simple adaptation « aux choses telles qu'elles sont », le sujet va chercher à modifier sa situation et ses propres activités par la recherche de complémentarités ou de compatibilité entre activités de différents domaines de vie. Le sujet élabore des stratégies singulières, il se « re-personnalise » face à la situation actuelle, dès lors qu'il a le sentiment de pouvoir la transformer et d'y défendre, ou y faire reconnaître, son identité. Les enjeux de personnalisation concernent ainsi la recherche actuelle des conditions que le sujet juge les plus propices à résoudre son problème professionnel en référence à des épreuves de vie (au travail et hors travail) qui ont marqué sa socialisation antérieure ou à des situations nouvelles qu'il projette de promouvoir.

En résumé, la problématique théorique que nous proposons, conduit à considérer, que le sujet est actif dans le développement des rapports qu'il entretient avec son contexte de travail « dynamique » dans le contrat psychologique, dans la construction de réponses aux exigences de l'organisation. Il est actif dans les régulations subjectives des conflits qui en naissent et dans la quête de sens qu'il cherche à donner à ses insertions dans ses divers milieux de socialisation.

IV-4. HYPOTHESE GENERALE DE LA RECHERCHE

Les mutations actuelles dans les conditions de travail et les organisations sont sources de déséquilibre des relations de travail telles qu'elles sont spécifiées ordinairement par le contrat psychologique. L'expérience psychologiquement douloureuse, qui en résulte pour le salarié, peut entraîner des formes de désocialisation et des problèmes de santé (physiques et/ou mentaux), dès lors que les processus de régulation et/ou de dépassement des contradictions échouent. Dans ce cas, la rupture du contrat psychologique est perçue comme une violation.

Nous rappelons que notre recherche s'intéresse aux origines de la souffrance exprimée par les personnes et aux conséquences ou incidences (réelles et perçues par elles). Nous supposons qu'il y a un lien entre les effets sanitaires de la souffrance et la perception de violation du contrat psychologique.

En lien avec cette hypothèse générale et en nous plaçons dans une perspective d'investigation génétique, nous procédons :

- d'abord à l'examen des éléments socio biographiques,
- puis à l'étude de la phase du développement du contrat psychologique et des causes de sa rupture,
- et ensuite à l'analyse du processus de violation du contrat psychologique et de ses conséquences sur la santé mais aussi sur la relation d'emploi,
- Dans ce cadre nous traiterons notamment les questions suivantes :

Les personnes qui se sentent initialement en confiance, considérées et soutenues dans leur relation d'emploi (durant la construction du contrat psychologique), s'investissent-elles en contre partie beaucoup dans leur organisation ? Cette relation d'emploi « équilibrée » influence-t-elle le type d'engagement organisationnel et le type de contrat psychologique ? Et quel rôle joue-t-elle dans le processus de rupture du contrat psychologique ?

Trouve-t-on les mêmes transformations du contexte (restructurations, réorganisations, etc.) dans le secteur privé et dans la fonction publique ? Et peut-on prétendre qu'ils représentent des causes de rupture du contrat psychologique ?

Quels facteurs influencent le processus d'interprétation en jeu dans la perception de violation du contrat psychologique ?

Peut-on considérer que les contraintes que le sujet rencontre dans les autres sphères de vie ont un effet amplificateur sur son vécu douloureux ?

Dans une perspective longitudinale, nous allons nous intéresser aux incidences à plus long terme de la perception de violation du contrat psychologique et aux processus de personnalisation et socialisation.

A la lumière des résultats obtenus en référence à la première étape de l'étude (réalisée en début de suivi), nous traiterons les questions qui concernent notamment l'évolution de l'état de santé et de la relation d'emploi et les processus psychologiques sous-jacents (éléments relevés en fin d'accompagnement) :

Quels effets ont les stratégies organisationnelles, perçues par le sujet (volonté manifeste de renégocier les bases du contrat psychologique ou non, stratégies de harcèlement psychologique ou non, etc.) :

- sur les réactions individuelles ?
- et par ricochet sur la situation et l'état de santé ?

L'attitude de résistance (une des réactions individuelles), est-elle plus marquée chez les personnes dont la relation d'emploi est basée sur un contrat psychologique de type relationnel ? Et a-t-elle tendance à provoquer un enlèvement de la situation ?

Est-ce que la perception de violation du contrat psychologique entraîne un changement de l'engagement professionnel et/ou du type de contrat psychologique ?

Y a-t-il un lien entre les éléments qui témoignent d'une restructuration psychologique et l'évolution de l'état de santé relevé en fin d'accompagnement ? Comme par exemple la redistribution du système des activités.

CHAPITRE V

Contexte et méthodologie de la recherche

V-1. LE CHOIX DU TERRAIN DE LA RECHERCHE

Rappel : Notre étude, a pour but de connaître les déterminants et les effets psychosociaux des situations de travail en termes de stress et de souffrance.

La fonction de psychologue que nous occupons à temps partiel dans le Service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse Purpan (dirigé par le Pr. Soulat) consiste à prendre en charge les personnes qui ont recours au dispositif de souffrance au travail créé dans ce service. Nous décrivons le fonctionnement et les objectifs de ce dispositif en détails dans le chapitre I.

Aussi, le choix du terrain de recherche s'est porté, du fait de l'expérience acquise et de la diversité des situations professionnelles rencontrées, sur ce dispositif avec comme sujets d'étude les personnes qui y bénéficient d'un suivi psychologique (un accompagnement individuel).

V-2. CADRES ET ETAPES DE LA RECHERCHE

V-2.1. LA CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE DU DISPOSITIF

« SOUFFRANCE AU TRAVAIL »

La consultation psychologique du dispositif peut, dans une certaine mesure, s'apparenter à un entretien de recherche, le travail de « co-analyse » du vécu de la personne et des situations (professionnelles mais aussi personnelles) constitue la base des entretiens d'évaluation et d'accompagnement. Il est nécessaire à la fois pour la formulation des conclusions destinées au médecin du travail et pour le travail compréhension qui permet à la personne de ne plus subir, mais de redevenir « acteur de sa vie professionnelle » (mise en place de stratégies). C'est dans ce sens que cet accompagnement psychologique est perçu comme un soutien pour les personnes en demande.

La consultation psychologique constitue le cadre de notre recherche. Outre le fait que les nombreuses réflexions qui ont surgi de cette activité sont à l'origine de la question de départ, le contenu précieux que nous pouvons en extraire a nourri les différentes étapes de cette recherche : l'analyse rétrospective des dossiers des personnes, la construction de l'outil de saisie et le recueil des données.

V-2.1.1. Objectifs et perspectives de soutien de la consultation psychologique

La consultation psychologique est un espace qui permet d'écouter et d'analyser la plainte, modalités d'expression ou de manifestation (repérage de processus et conflits sous-jacents, analyse de l'environnement professionnel, de la culture d'entreprise, du fonctionnement managérial etc.), de construire (ou de reconstruire) le sens donné par la personne à la situation. L'intervention vise à évaluer d'éventuels retentissements psychologiques et décompensations afin d'envisager une réorientation (si nécessaire).

Il s'agit également d'évaluer l'imputabilité de la dégradation de la santé psychique à la situation professionnelle et d'assister les médecins du travail dans la décision "d'inaptitude" et d'élaborer avec le sujet des perspectives d'avenir socio-professionnel.

Ce travail d'évaluation s'effectue en un ou plusieurs entretiens. Le psychologue procède à une investigation psychodynamique. Nous rappelons brièvement ci-après les principaux thèmes abordés lors de ces entretiens semi-directifs :

- le déroulement chronologique des événements qui sont à l'origine de la situation (antécédents : les changements organisationnels passés et/ou en cours, les changements éventuels dans la sphère privée et sociale, l'événement déclencheur, les incidences perçues ...),
- le prescrit et le réel du travail du sujet (l'organigramme de l'entreprise, la fiche de poste...),
- les fondements et l'évolution du contrat psychologique,
- l'évolution des relations interpersonnelles dans le collectif de travail, avec la hiérarchie...,
- les stratégies individuelles et organisationnelles (élaboration des conflits sous-jacents),
- l'équilibre du sujet entre ses différentes sphères de vie,
- les symptômes psychologiques et somatiques.

Des entretiens d'accompagnement peuvent succéder à l'entretien d'évaluation. Il s'agit alors d'aider le sujet dans la mise en place de stratégies de faire face et dans la construction de nouveaux projets (professionnels et/ou de vie).

Comme nous l'avons mentionné dans le chapitre I, ces entretiens d'évaluation s'inscrivent dans une perspective psychosociale qui considère que les rapports sociaux où se développe la souffrance sont complexes et contextualisés, que ce sont aussi des rapports intra-personnels et qu'ils sont vécus subjectivement. Cette perspective d'intervention est guidée par une conception à la fois constructiviste et systémique.

V-2.1.2. Méthodologie d'investigation clinique

Ces entretiens, comme déjà évoqué, s'inscrivent dans la perspective d'une clinique psychosociale et notre méthode de travail présente des analogies avec la clinique médicale du travail.

La *clinique psycho-sociale* (que nous explicitons dans le chapitre II) permet d'accéder à la dynamique des processus en jeu dans ces situations de souffrance au travail. Elle facilite le travail de compréhension du « fonctionnement psychique » et des « fonctionnements sociaux ».

Nous utilisons cette méthode dans nos fonctions au sein de ce dispositif pour accéder à la dimension subjective, par les témoignages, les dires du sujet, qui nous permettent d'appréhender les processus sous-jacents du phénomène de souffrance au travail (Castro, 2000). Le travail clinique ainsi mené met l'accent sur la nature des échanges des rapports sociaux et le sens que les sujets attribuent à leur situation sociale et individuelle.

Nous portons aussi une attention particulière dans nos consultations au rapport qu'entretient le sujet avec les « objets du travail ». Davezies (2006) estime que ces rapports aux objets du travail se construisent au travers des expériences antérieures, ce sont « les résonances entre la situation et sa propre histoire ». Sous ce jour, la *clinique médicale du travail* se rapproche, par maints aspects, d'une approche psycho-sociale utilisable dans le champ du travail.

La co-analyse des rapports aux objets du travail permet d'identifier les origines de conflits interpersonnels. Pour l'auteur, il s'agit de désaccords sur la façon de se comporter vis-à-vis de ces objets. Elle aide à évaluer si des changements organisationnels et leurs conséquences sur l'activité du travail représentent une atteinte à l'identité professionnelle de la personne.

La clinique médicale du travail (cf. chapitre I) stipule que « l'articulation de l'activité du sujet avec celle d'autrui » mérite d'être étudiée, car selon Davezies (2006), elle contribue au développement de la personne. La prise en compte de cette dynamique actuelle, sans exclure l'interprétation d'échanges issus d'expériences professionnelles antérieures, permet de mieux comprendre certains comportements professionnels comme l'investissement et l'engagement au travail.

Pour réaliser avec les sujets ce travail d'analyse, nous prenons appui sur le *concept du contrat psychologique* (présenté dans le chapitre précédent). Nous analysons les caractéristiques de ce lien entre employé et employeur (transactionnel ou relationnel). Et nous recherchons la signification d'éventuelles ruptures du contrat psychologique, l'interprétation et l'évaluation « subjective » de celles ci pour aboutir à une meilleure compréhension des évènements, processus et conflits sous-jacents. L'étude du développement du contrat psychologique et de son évolution, ainsi que la prise en compte de la qualité de relations de travail antérieures, nous aident à mieux connaître le système de valeurs de la personne et bien sûr, les activités auxquelles ces valeurs sont attachées.

En outre, ce procédé permet de « détacher le sujet de sa passivité et de la victimisation » en l'éloignant de la situation douloureuse.

Sur le plan opératoire, cette posture clinique repose sur la relation que nous construisons avec les personnes en demande de soutien et sur l'interaction qui naît de cette relation. Sur cet élément, la consultation psychologique s'apparente (comme suggéré plus haut) à un entretien de recherche. Comme dans une situation de recherche, « le sens est construit progressivement dans un dialogue mené pas à pas entre le chercheur et le sujet. Il s'agit par là de renoncer à toute posture évaluative pour tenter de mettre à jour le sens des conduites et des représentations » (Revault d'Allonnes, 1999, 40-48). C'est la raison pour laquelle nous pensons, avec Davezies (2006), que « menée ainsi, la consultation n'est pas très éloignée d'une démarche de recherche ... ».

Malgré l'ambiguïté de la situation (la situation d'examen psychologique en parallèle d'une situation de recherche), les deux visées, d'intervention et de recherche, ne sont pas incompatibles. En effet, nous vérifions régulièrement, en effectuant ce travail clinique dans le dispositif, que « la pratique d'intervention vient nourrir les hypothèses du 'chercheur' en même temps que ses hypothèses ouvrent et facilitent son travail de compréhension des personnes auprès desquelles il intervient ». Tout au moins nombre d'informations nouvelles proviennent de ce contact « clinique » (Revault d'Allonnes, 1999, 38-48).

V-2.2. L'ANALYSE RETROSPECTIVE DES DOSSIERS DES PERSONNES RECUES EN CONSULTATION DANS LE DISPOSITIF

V-2.2.1. Objectifs visés

Les objectifs de cette tâche sont de répertorier des éléments biographiques. Il s'agit de tenter de comprendre l'émergence et l'évolution des situations difficiles des sujets, de saisir les raisons des ruptures du contrat psychologique, d'approcher, à posteriori, le déroulement des événements vécus au travail et conjointement en d'autres domaines de la vie des personnes.

V-2.2.2. Moyens utilisés

Pour réaliser ce travail, nous avons analysé de façon rétrospective les dossiers d'environ 100 personnes, des salariés et fonctionnaires reçus en consultation (en entretien d'évaluation et/ou d'accompagnement) entre janvier 2006 et mai 2008.

Outre les notes prises durant les entretiens, ces dossiers peuvent aussi contenir d'autres documents. Fréquemment, les personnes nous montrent des écrits qui ont une importance dans l'analyse de la situation et de leur vécu. Il peut s'agir :

- de courriers en provenance de médecins : des courriers qui expriment la demande de prise en charge (en règle générale rédigés par les médecins du travail), des conclusions ou ordonnances établies par les médecins traitants,
- de documents issus de l'organisation : il peut s'agir de fiches de postes, de document annonçant des mises en place de changements de méthodes ou dans l'organisation de l'entreprise suite à des plans sociaux (par exemple) ou de lettres explicatives de décisions prises (avertissements, sanctions, transformation des activités, de promotions etc.),
- d'écrits rédigés par les personnes elles mêmes (description des événements, expression écrites de leur souffrance, courriers adressés à l'organisation, à la médecine du travail, à l'inspection du travail, etc.).

Suivant l'importance de ces éléments, nous en gardons une trace dans ces dossiers.

Ces dossiers contiennent également notre avis spécialisé que nous adressons de façon systématique au médecin (généralement le médecin du travail) à l'origine de la demande de prise en charge et souvent au médecin traitant qui prescrit l'arrêt maladie afin de lui fournir des éléments qui justifient d'un point de vue psychologique cet arrêt. Nous décrivons le contenu de ce courrier de réponse dans le chapitre I.

Dans un souci de validité, nous avons enrichi ce travail par des échanges réguliers avec les psychologues du service.

V-2.2.3. Constats et Observations cliniques

Grâce à l'investigation menée à partir des informations de ces dossiers et par le travail clinique de la consultation, nous avons pu procéder à l'énumération d'un certain nombre de faits et problèmes qui surgissent de façon régulière dans les récits des personnes reçues en consultation.

Autrement dit, ce travail d'analyse des dossiers a permis d'identifier des éléments récurrents qui sont pris en compte dans notre recherche comme ils le sont dans la consultation hospitalière, dans les pratiques d'évaluation et d'aide mises en œuvre durant l'entretien avec les personnes en souffrance.

A partir de notre hypothèse générale (présentée dans le chapitre précédent) et des constats issus de l'analyse des dossiers que, nous avons construit l'outil de recueil que nous présentons ci-après.

De même, nous allons exposer dans le chapitre qui suit ces premiers résultats qualitatifs de l'étude, c'est-à-dire les observations cliniques qui seront ensuite confrontées aux résultats des analyses statistiques.

V-3. LE DISPOSITIF DE RECHERCHE

V-3.1. LA POPULATION ETUDIEE

Dans le cadre du dispositif créé au sein du Service des Maladies Professionnelles et Environnementales du CHU de Toulouse Purpan (dirigé par le Pr. Soulat), nous avons choisi comme sujets d'étude des personnes qui ont recours à un tel dispositif et qui bénéficient d'un suivi psychologique.

Nous considérons que les personnes sont intégrées dans des mesures de suivi psychologique lorsqu'elles ont été reçues en entretien individuel au moins deux fois par le psychologue, c'est-à-dire au moins en entretien d'évaluation et en entretien d'accompagnement).

Il s'agit donc de toutes les personnes, hommes et femmes, d'âge adulte, occupant une activité professionnelle dans le secteur public ou privé qui sollicitent un accompagnement psychologique individuel dans le dispositif durant une période prédéterminée.

V-3.2. LE RECUEIL DES DONNEES

V-3.2.1. Choix d'une étude diachronique

Pour étudier les facteurs qui constituent des menaces pour le bien-être psychologique et qui interviennent dans le phénomène de souffrance dans le contexte du travail et pour repérer les stratégies de coping des salariés pour faire face à des événements stressants, l'étude diachronique nous semble nécessaire. Elle aide à saisir la complexité et la dynamique des relations entre les différents facteurs (personnels, organisationnels, sociaux et de contexte) qui entrent en jeu dans les situations de malaise au travail.

Selon Fraccaroli (2002, p. 52), l'étude rétrospective consiste en une stratégie d'analyse « qui prévoit une observation diachronique du phénomène étudié grâce à un processus de reconstruction des événements, des circonstances des attitudes et des comportements passés ». Cette méthode semble adaptée à notre recherche. Néanmoins elle nous paraît insuffisante.

Nous souhaitons compléter ces « reconstructions » par une analyse prospective et longitudinale afin d'étudier l'évolution de ces situations de souffrance au travail. D'après Curie (2002), l'étude longitudinale est l'instrument adéquat lorsque l'objet de recherche concerne des processus de changement et de développement. Pour Fraccaroli (2002), il est nécessaire de porter une attention conjointe à ces processus de développement et de changement des personnes et des organisations, il s'agit d'une « perspective génétique ».

L'enquête répétée dans le temps peut favoriser l'identification de ces processus aux niveaux intra et inter individuels. De même, ce procédé tient compte de la dynamique du contexte et des relations sociales qui se développent en son sein. Il permet l'analyse de la dépendance réciproque entre les variables : séquence d'influences réciproques entre les facteurs dans le temps : les actions et les choix des personnes influencent la relation d'emploi tout comme les facteurs du contexte peuvent influencer les orientations et les comportements des individus.

La méthode diachronique nous paraît la plus adéquate pour approcher à la fois les processus d'interprétation subjective des ruptures du contrat psychologiques et les processus d'ajustement et de restructuration des sujets con-

sécutifs à des changements, plus ou moins subis, plus ou moins dramatiques, dans leurs relation d'emploi.

V-3.2.2. Description détaillée de l'outil de recueil de données

Comme déjà mentionné, nous estimons (par opposition aux modèles synchroniques) qu'une approche systémique et constructiviste est pertinente et nécessaire pour l'investigation de situations de travail et de leur évolution. Nous procédons donc à une analyse que l'on peut qualifier « génétique » de la souffrance.

La structure de l'outil de saisie et la procédure de recueil répondent aux objectifs de méthode fixés :

- accéder à de la dimension subjective (grâce à la restitution rétrospective du vécu par la personne),
- prise en compte de la dynamique du phénomène de souffrance au travail (grâce à la méthode longitudinale choisie).

A partir de l'analyse des dossiers, nous avons répertorié les éléments biographiques et d'autres faits, événements, facteurs qui sont présents de façon récurrente dans les descriptions de ces situations au travail et du vécu des personnes. Selon nous, ces éléments jouent un rôle dans le développement de ces phénomènes de souffrance au travail et les processus sous-jacents que nous détaillons dans la partie « problématique » de la thèse.

Nous avons ensuite intégré ces éléments, qui correspondent à nos variables, dans le questionnaire et découpé ce dernier en 6 différentes parties :

Les éléments socio biographiques

Cette première partie concerne les données socio biographiques des sujets :

L'identification du sujet (nom, prénom et numéro de saisie informatique) ; le sexe ; l'âge (pour l'analyse des résultats, l'âge a été regroupé en 4 classes : moins de 30 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 ans et plus) ; la situation familiale ; enfants à charge.

Nous relevons aussi : la date de la première consultation ; la durée de l'accompagnement (pour l'analyse des résultats, la durée de l'accompagnement a été regroupée en 3 classes : moins de 6 mois, de 6 à 12 mois, supérieure à 12 mois) et nous essayons d'identifier des antécédents psychiatriques potentiels.

Pour mettre en lumière la temporalité et l'aspect dynamique, et faciliter une approche « génétique » de la souffrance au travail, il nous a semblé judicieux de découper notre outil de recueil en plusieurs périodes qui représentent des phases bien distinctes. Le but est d'analyser par ordre chronologique les événements évoqués par les personnes pour saisir la dynamique et l'évolution des situations et de leur état de santé.

Ainsi, nous nous intéressons aux événements et aux vécus présents avant, mais aussi après, « l'événement déclencheur » de cette situation douloureuse ce qui justifie l'utilisation d'une méthode rétrospective et longitudinale.

La phase d'intégration et d'immersion dans l'organisation durant laquelle la construction du contrat psychologique s'achève

Ici figurent des éléments factuels comme :

- **Le secteur d'activité** : relevé selon la classification de nomenclature d'activité française NAF utilisée par l'INSEE, avec l'indication du secteur (privé ou public) et renseigné de façon détaillée.
- **Le dernier poste occupé** : relevé selon la classification des types de profession CSP également utilisée par l'INSEE identifié de façon précise.
- **L'ancienneté dans l'entreprise** :
 - ⇒ Regroupement en 3 classes pour l'analyse descriptive : inférieure à 4 ans / entre 4 et 10 ans / supérieure à 10 ans
 - ⇒ Regroupement en 2 classes pour l'analyse statistique : ancienneté inférieure ou égale à 5 ans / supérieure à 5 ans.
- **L'ancienneté au poste** :
 - ⇒ Regroupement en 5 classes pour l'analyse descriptive : inférieure à 1 an / de 1 an à moins de 5 ans / de 5 ans à moins de 10 ans / de 10 ans à moins de 20 ans / supérieure à 20 ans.
 - ⇒ Regroupement en 2 classes pour l'analyse statistique: ancienneté inférieure ou égale à 4 ans / supérieure à 4 ans.
- **Le nombre de changements de postes dans l'entreprise** regroupé en 5 classes pour l'analyse statistique :
 - ⇒ aucun changement de poste / 1 changement / 2 changements / 3 changements / plus de 3 changements de poste.

- Nous étudions ensuite des éléments qui traduisent la qualité et le type de la relation d'emploi à l'issue de cette phase (donc avant que la situation ne devienne difficile et douloureuse) comme :
 - ⇒ *le parcours professionnel dans l'entreprise* : si oui ou non il se traduit par une évolution de carrière,
 - ⇒ *le soutien social perçu* (ou non) et la provenance de ce soutien : du responsable hiérarchique / des pairs / des syndicats ou délégués du personnel / de la médecine du travail / et d'éventuelles précisions.
 - ⇒ les sentiments de confiance, de considération et de respect mutuel présents (ou non) durant cette phase,
 - ⇒ présence (ou non) d'un fort investissement professionnel,
 - ⇒ *le type d'engagement identifié* en référence au modèle de Meyer et Allan (1991) qui définissent 3 différents types d'engagement professionnel : affectif / moral / dans la continuité (cf. chapitre III).
 - ⇒ *le type de contrat psychologique initial* en référence à la typologie de Rousseau (1998) et de Morrisson et Robinson (1997), nous admettons la « distinction de deux grands types de contrat psychologique qui se situent à l'opposé d'un continuum contractuel bipolaire allant du contrat psychologique transactionnel au contrat relationnel » (cf. chapitre III).

Le contexte personnel et professionnel avant la « rupture du contrat psychologique »

Nous recueillons ici différents changements personnels et des modifications susceptibles d'intervenir dans l'environnement de travail qui, d'après nos constats initiaux issus de l'analyse des dossiers, influencent la relation d'emploi.

Nous relevons l'absence ou la présence :

- d'événements intervenus dans la vie privée ou professionnelle du sujet, comme : un mariage / une naissance / une demande d'un congé parental / une demande d'un congé de formation ou sans solde / un arrêt maladie / l'obtention d'un diplôme / le décès ou une longue maladie d'un proche / un divorce ou une rupture / l'adhésion à un syndicat / un changement de poste dans l'organisation / une promotion / et /ou autres (précisions).

- de transformations dans le contexte professionnel : démissions / un rachat / une fusion / licenciements / l'organisation subit un plan d'économie / un contexte devenant fortement concurrentiel / une restructuration / un changement de hiérarchie / et /ou autres (précisions).

Ici sont explorés les effets de ces changements sur les relations et les conditions de travail (réels et perçus). Ce sont des indicateurs de la rupture :

- une détérioration (ou non) suite aux changements intervenus,
- une augmentation de charge de travail (ou non),
- une augmentation du contrôle exercé sur le sujet (ou non),
- une perte d'autonomie (ou non),
- la mise en place d'un management par la peur (ou non),
- une détérioration de la communication (ou non),
- une baisse de considération (ou non),
- une baisse des récompenses (ou non),
- changements des valeurs, de la culture de l'entreprise (ou non).

À partir d'une conception systémique des activités de socialisation et de personnalisation (cf. chapitre IV), nous nous intéressons aux activités de la sphère hors travail et aux rapports qu'elles ont avec les activités de divers domaines de leur existence :

- elle représente pour le sujet soit une ressource, soit une contrainte, ou alors elle est neutre.

Conséquences de la rupture du contrat psychologique (telles qu'elles sont repérées lors des entretiens d'évaluation)

Nous commençons par relever le ou les événements qui ont, selon le psychologue, provoqué ces situation professionnelles difficiles :

- événement(s) déclencheur(s) identifié par le psychologue lors de l'entretien d'évaluation (avec l'accord du sujet).

Cette partie est essentiellement prévue pour recueillir des données sur les perceptions de cette rupture et les réactions affectives associées :

- identification d'une perception de violation du contrat psychologique : pour ce faire nous nous appuyons sur les travaux de Morrison et Robinson, 1997 (cf. chapitre III) : selon ces acteurs la perception de violation est une « réaction émotionnelle » qui peut accompagner la perception de la rupture ;
- recherche d'une modification de l'engagement professionnel : une baisse serait souvent consécutive au sentiment de violation (cf. Chapitre III Morrison et Robinson, 1997 ; Meyer & Allen, 1991) ;
- recherche d'une attitude de résistance ;
- identification d'une perception de harcèlement moral ;
- évaluation de la situation depuis l'événement déclencheur : perçue par le sujet comme un enlisement de la situation (ou non).

Pour ces trois derniers éléments nous faisons référence aux études menées par Viaux (2004) (cf. Chapitre II), qui montrent que lorsque le sujet tente de s'opposer à la « stratégie d'autrui dominant » (perçue comme des stratégies de harcèlement), il va progressivement « s'enliser dans un conflit non plus de travail mais de valeurs » Viaux (2004, 36-54).

- identification du sentiment prédominant lors de l'entretien d'évaluation : rappelons que selon Morrison et Robinson, 1997 « la réaction affective qui peut accompagner la perception de la rupture se traduit par des sentiments comme : l'incompréhension, la trahison, la non-considération, le non-respect, l'humiliation, la tristesse, la colère, l'injustice, l'impuissance, la culpabilité, la peur, la déception, la solitude, la méfiance ».

Nous y étudions aussi les réactions concrètes, vécues des sujets : les comportements et diverses actions qu'ils ont engagés. Nous nous appuyons ici sur la classification des actions en réponse au sentiment de violation du contrat psychologique proposée par Robinson et Morrison (2000). (cf. chapitre III). Il y aurait, selon ces auteurs, des actions passives et actives :

- pas d'actions engagées (le sujet réagit « passivement »)
- diverses actions engagées comme : une action juridique / une réorientation professionnelle / une VAE ou un bilan de compétence / le recours à un syndicat / une démarche auprès l'inspection du tra-

vail / des renégociations des bases du contrat psychologique / une procédure de démission / une demande d'un congé / une sollicitation médicale

- et nous prêtons attention à d'éventuelles précisions de ces actions.

Nous examinons si la personne est en activité (ou non) au moment de l'entretien d'évaluation :

- un retrait physique (ou non) : si oui, nous cherchons les raisons :
- un arrêt pour maladie / une réduction du temps de travail / un abandon de poste / ou autre (précisions).

Conséquences sur la santé physique et mentale

Pour pouvoir décrire l'état de santé (physique et moral), nous avons listé un certain nombre de syndromes psychiques et de troubles médicaux dont souffrent les sujets qui sont reçus lors de nos consultations.

L'évaluation s'effectue sur la base des diagnostics posés par les médecins (généralistes et/ou du travail) et le psychologue du dispositif.

- troubles physiques : nous retenons les trois troubles les plus fréquents : troubles du sommeil / troubles de l'appétit et/ou digestifs / somatisation,
- signes de détérioration de la santé mentale (ici nous indiquons également les syndromes les plus rencontrés) : syndrome anxiodépresseur / dépression,
- nous répertorions néanmoins d'autres problèmes de santé (physique ou mentale).

Le traitement psychotrope est renseigné de la façon suivante : pas de traitement / traitement anxiolytique / traitement antidépresseur / traitement anxiolytique et antidépresseur / autre.

De même nous indiquons si le sujet a sollicité (ou non) une aide psychothérapeutique autre que celle qu'offre le dispositif de la consultation.

Pour évaluer l'état psychologique de la personne nous avons choisi de retenir les deux critères suivants : pas de symptômes psychologiques / syndrome anxiodépresseur et/ou dépression

Et nous mentionnons si la situation professionnelle entraîne (ou non) d'autres répercussions :

- pas de répercussions / répercussions matérielles / répercussions familiales / répercussions matérielles et familiales / autres répercussions (précisions).

Résultantes à plus long terme observées au cours de l'accompagnement

Ce paragraphe s'intéresse aux diverses évolutions, changements de représentation et de rapport au travail. De même, nous relevons l'issue professionnelle (provisoire ou définitive) pour le sujet de cette situation difficile au niveau professionnel.

Nous relevons tout d'abord les éléments qui informent sur l'évolution de la situation professionnelle. Ainsi, par exemple :

- un enlisement de la situation (ou non),
- une amélioration de la situation (ou non),
- une retrait temporaire/partiel (ou non) avec des précisions,
- une rupture définitive avec l'environnement professionnel (ou non) : démission ou licenciement. Dans le cas d'un licenciement nous relevons la cause : pour inaptitude à tous poste de l'entreprise / pour faute / licenciement négocié (rupture conventionnelle ou autre) / économique.

Puis nous indiquons les stratégies de l'organisation telles qu'elles sont perçues par le salarié : stratégies de harcèlement psychologique / volonté de renégocier les bases du contrat psychologique / stratégies neutres / stratégies de soutien.

Ensuite, nous relevons les éléments qui permettent d'identifier des changements de perceptions, de représentations, d'attitudes chez le sujet :

- une redistribution du système des activités (ou non) : si oui, nous recherchons comment cette redistribution s'opère,
- un changement de représentation du travail (ou non) :
 - ⇒ les représentations restent identiques,
 - ⇒ le sujet prend conscience des enjeux dans les relations du travail,
 - ⇒ la « valeur travail » perd de son importance,
 - ⇒ le sujet prend conscience des enjeux dans les relations du travail et la « valeur travail » perd de son importance,

⇒ autres et précisions.

- le contrat psychologique se transforme (ou non) :
 - ⇒ le contrat psychologique relationnel reste relationnel,
 - ⇒ le contrat psychologique transactionnel reste transactionnel,
 - ⇒ le contrat psychologique relationnel devient transactionnel,
 - ⇒ le contrat psychologique transactionnel devient relationnel.
- le sujet se désengage affectivement (ou pas).
- Sont examinés des changements professionnels concrets comme :
 - un changement de poste (ou non),
 - une mutation dans un autre service, entité, administration (ou non),
 - l'intégration dans une autre entreprise, administration (ou pas),
 - un changement de métier (ou pas).

Nous apportons des précisions sur ces changements professionnels temporaires ou définitifs et sur d'éventuels projets professionnels ou de vie.

A terme, nous nous intéressons à l'évolution de l'état de santé de la personne :

- le sujet se trouve dans le même état de santé,
- l'état de santé du sujet s'est amélioré depuis l'entretien d'évaluation,
- l'état de santé du sujet s'est dégradé depuis cet entretien.

Cet outil de saisie a été structuré de façon à permettre aux données recueillies d'être confrontées aux hypothèses précédemment formulées. Ce relevé, sous forme simplifiée, d'un questionnaire, est présenté ci après.

V-3.2.3. Présentation de l'outil de recueil : le questionnaire

Le questionnaire est constitué de 46 questions principales (fermées) et 60 sous-questions (dont 16 ouvertes).

Éléments biographiques	
<i>Numéro de saisie informatique</i>	
<i>Nom</i>	
<i>Prénom</i>	
<i>Sexe</i>	M / F
<i>Date de naissance</i>	
<i>Situation familiale</i>	<i>marié/ célibataire/ divorcé/ vivant maritalement ou PACS/ veuf (veuve)</i>
<i>Enfants à charge</i>	<i>non/ oui</i>
<i>Date de la consultation</i>	
<i>Durée de l'accompagnement</i>	<i>nombre de mois</i>
<i>Antécédents psychiatriques</i>	<i>non/ oui</i>
<i>Précisions</i>	<i>champs en clair</i>
Phase de développement du contrat psychologique : Phase d'intégration et d'immersion dans l'organisation	
<i>Secteur d'activité</i>	<i>champs en clair</i> <i>privé/ public</i> <i>classification NAF</i>
<i>Ancienneté dans l'organisation</i>	<i>nombre années</i>
<i>Ancienneté au poste</i>	<i>nombre années</i>
<i>Dernier poste occupé</i>	<i>champs en clair</i> <i>classification CSP</i>
<i>Changements de postes dans organisation</i>	<i>nombre</i>
<i>Parcours professionnel dans organisation</i>	
<i>se traduit par une évolution</i>	<i>non/ oui</i>
<i>Soutien social perçu</i>	<i>non/ oui</i>
<input type="checkbox"/>	<i>du responsable hiérarchique</i>
<input type="checkbox"/>	<i>des pairs</i>
<input type="checkbox"/>	<i>des DP / syndicats</i>
<input type="checkbox"/>	<i>médecine du travail</i>
<i>Sentiment de confiance/ considération/ respect</i>	<i>non/ oui</i>
<i>Fort investissement dans organisation</i>	<i>non/ oui</i>
<i>Type d'engagement</i>	<i>affectif/ moral/ dans la continuité</i>
<i>Type de contrat psychologique</i>	<i>relationnel/ transactionnel</i>
Contexte avant la rupture du contrat psychologique	
<i>Changements personnels</i>	<i>non/ oui</i>
<input type="checkbox"/>	<i>mariage</i>
<input type="checkbox"/>	<i>naissance</i>

	<i>congé parental</i>	<i>non / oui</i>
	<i>congé formation/ sans solde</i>	<i>non / oui</i>
	<i>congé maladie</i>	<i>non / oui</i>
	<i>acquisition diplômes</i>	<i>non / oui</i>
	<i>décès/ longue maladie d'un proche</i>	<i>non / oui</i>
	<i>divorce/ rupture</i>	<i>non / oui</i>
	<i>adhésion syndicat/ poste DP</i>	<i>non / oui</i>
	<i>changement de poste dans organisation</i>	<i>non / oui</i>
	<i>promotion</i>	<i>non / oui</i>
	<i>autres</i>	<i>champs en clair</i>
<i>Modifications dans contexte professionnel</i>		<i>non / oui</i>
	<i>rachat</i>	<i>non / oui</i>
	<i>fusion</i>	<i>non / oui</i>
	<i>licenciements</i>	<i>non / oui</i>
	<i>plan d'économie</i>	<i>non / oui</i>
	<i>contexte devenu très concurrentiel</i>	<i>non / oui</i>
	<i>restructuration</i>	<i>non / oui</i>
	<i>changement de hiérarchie</i>	<i>non / oui</i>
	<i>démissions</i>	<i>non / oui</i>
	<i>autres</i>	<i>champs en clair</i>
<i>Dégradation des conditions/ relations de travail</i>		<i>non / oui</i>
	<i>charge de travail</i>	<i>surcharge/ sous charge/ <u>ni</u> surcharge <u>ni</u> sous charge</i>
	<i>augmentation du contrôle</i>	<i>non / oui</i>
	<i>perte d'autonomie</i>	<i>non / oui</i>
	<i>management par la peur</i>	<i>non / oui</i>
	<i>manque de communication</i>	<i>non / oui</i>
	<i>baisse de considération</i>	<i>non / oui</i>
	<i>baisse des récompenses</i>	<i>non / oui</i>
	<i>changement valeurs/ culture dans organisation</i>	<i>non / oui</i>
<i>Sphères hors travail vécue comme</i>		<i>contrainte/ ressource/ neutre</i>
Conséquences de la rupture du contrat psy. constatées en entretien d'évaluation		
<i>Événement déclencheur identifié par Psychologue</i>		<i>champs en clair</i>
<i>Perception de violation du contrat psychologique</i>		<i>non / oui</i>
<i>Modification de l'engagement professionnel</i>		<i>pas de modification/ baisse/ augmentation</i>
<i>Attitude de résistance du sujet</i>		<i>non / oui</i>
<i>Perception de harcèlement psychologique</i>		<i>non / oui</i>
<i>Enlisement de la situation</i>		<i>non / oui</i>
<i>Retrait physique</i>		<i>en activité/ arrêt maladie/ autre</i>
	<i>précisions</i>	<i>champs en clair</i>

<i>Actions engagées par le sujet</i>		<i>pas d'actions/ actions engagées</i>
	<i>action juridique</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>réorientation professionnelle</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>VAE/ Bilan de compétence</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>intervention syndicat</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>intervention inspection du travail</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>sujet tente de renégocier bases CP</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>sollicitation médicale</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>autres</i>	<i>champs en clair</i>
<i>Sentiment prédominant</i>		<i>incompréhension/ trahison/ non-considération/ non-respect/ humiliation/ tristesse/ colère/ injustice/ impuissance/ culpabilité/ peur/ déception/ solitude/ méfiance</i>
	<i>autre</i>	<i>champs en clair</i>
<i>Impact sur santé physique et mentale</i>		
	<i>somatisation</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>troubles du sommeil</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>troubles de l'appétit/ digestifs</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>syndrome anxio-dépressif</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>dépression</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>autres</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>autres précisions</i>	<i>champs en clair</i>
<i>Traitement</i>		<i>pas de traitement/ anxiolytique/ antidépresseur/ anxiolytique <u>et</u> antidépresseur</i>
	<i>autres</i>	<i>champs en clair</i>
<i>Sollicitation d'une aide psychothérapeutique</i>		<i>non/ oui</i>
<i>Répercussions</i>		<i>pas de répercussions/ matérielles/ familiales/ matérielles <u>et</u> familiales</i>
	<i>autres</i>	<i>champs en clair</i>
Résultantes à plus long terme observées en accompagnement		
<i>Evolution de la situation</i>		
	<i>enlissement</i>	<i>non/ oui</i>
	<i>amélioration</i>	<i>non/ oui</i>
<i>Retrait temporaire</i>		<i>non/ oui</i>
	<i>précisions</i>	<i>champs en clair</i>
<i>Rupture définitive</i>		<i>non/ oui</i>
	<i>cause</i>	<i>démission/ licenciement</i>

	<i>licenciement</i>	<i>inaptitude médicale à tout postes/ pour faute / négocié / économique</i>
Stratégies organisationnelles perçues par le salarié		<i>harcèlement psychologique / réajustement CP / stratégies neutres / stratégies de soutien</i>
Redistribution du système des activités		<i>non / oui</i>
	<i>précisions</i>	<i>champs en clair</i>
Changement représentation du travail		<i>pas de changements / prise de conscience des enjeux / valeur travail perd de son importance / prise de conscience des enjeux <u>et</u> valeur travail perd de son importance</i>
	<i>précisions</i>	<i>champs en clair</i>
Changement de type de contrat psychologique		<i>CP relationnel reste CP relationnel / CP transactionnel reste CP transactionnel / CP relationnel devient CP transactionnel / CP transactionnel devient CP relationnel</i>
Changement de type d'engagement		<i>pas de changement / sujet se désengage affectivement</i>
Changement de poste		<i>non / oui</i>
Mutation		<i>non / oui</i>
Intégration dans une nouvelle organisation		<i>non / oui</i>
Changement de métier		<i>non / oui</i>
	<i>précisions</i>	<i>champs en clair</i>
Evolution de l'état de santé		<i>même état / amélioration / dégradation</i>

Tableau 2 - L'outil de recueil : le questionnaire

Pour faciliter la saisie des données, les éléments listés ci-dessus ont été intégrés, sous la même présentation, dans un « masque de saisie » issu du logiciel ACCESS.

V-3.2.4. Procédures de recueil

Ont été saisies, à l'aide du masque décrit ci-dessus, les données des personnes venues en consultations dans le dispositif, dans la période entre le 1^{er} juin 2008 et le 31 mai 2009. Cette période a été définie en fonction du temps imparti et des moyens matériels et surtout humains disponibles.

Les sujets inclus sont toutes les personnes reçues en accompagnement individuel (vues au moins deux fois par le même psychologue du service : en entretien d'évaluation et en entretien d'accompagnement) durant la période indiquée.

Ont été exclues les personnes qui n'ont pas bénéficié d'un accompagnement (personnes reçues qu'une seule fois) et/ou celles qui ne disposaient pas d'un emploi fixe.

Pour des raisons d'éthique, les consultations ne sont pas enregistrées.

Tout comme pour l'analyse des dossiers, les écrits que contiennent les dossiers des personnes se rendant dans le dispositif constituent la base pour le recueil.

Nous rappelons qu'il s'agit :

- des notes prises durant les entretiens et nos avis spécialisés,
- de documents en provenance de médecins (courriers qui expriment la demande de prise en charge, conclusions ou ordonnances établies par des médecins traitants ou autres),
- de documents issus de l'organisation (fiches de postes, des documents annonçant des mises en place de changements, de lettres indiquant des décisions prises comme des avertissements, sanctions, transformations des activités, promotions etc.),
- d'écrits rédigés par les personnes elles-mêmes (description des événements, expression écrites de leur souffrance, courriers adressés à l'organisation, à la médecine du travail, à l'inspection du travail, etc.).

Le recueil des données, s'est effectué ainsi :

- une 1^{re} saisie en fin d'évaluation,
- une 2^e saisie en cours ou en fin d'accompagnement.

Il s'agit d'une mesure accomplie en 2 temps distincts : rétrospective (1^{er} moment saisie) et longitudinale (2^e moment de saisie).

La totalité des saisies s'est effectuée entre décembre 2008 et décembre 2009 (accompagnement fini ou non).

V-4. METHODE D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNEES

La saisie informatique des données a ensuite été effectuée sur le logiciel ACCESS.

Les résultats ont été transcrits sur un fichier EXCEL.

L'analyse statistique des données a été réalisée au moyen du logiciel SPSS.

Nous avons procédé dans un premier temps à une analyse descriptive de l'ensemble des variables.

Puis, pour étudier le lien entre deux variables nous avons réalisé des analyses bivariées.

Nos variables sont essentiellement qualitatives (nominales), nous avons donc utilisé le test du Khi deux d'indépendance. Et, lorsque les conditions d'application du test du Khi deux d'indépendance n'étaient pas totalement satisfaites (dans le cas où 25% des effectifs sont inférieurs à 5), nous avons validé les résultats par le test exact de Fisher.

Nous précisons aussi la force de l'association des deux variables, la force du lien, en mentionnant la valeur du V de Cramer. Rappelons que cette valeur varie entre 0.0 (une complète indépendance entre les données) et 1.0 (une complète dépendance entre les données). De même, nous mentionnons son effet (en pourcentage), c'est-à-dire combien des variations d'une variable expliquent les variables de l'autre.

Nous avons vérifié de façon systématique les conditions d'application de l'ensemble des tests (normalité, égalité des variances).

Les résultats issus des analyses statistiques des données recueillies à l'aide du masque de saisie sont présentés et discutés dans les chapitres suivants.

Mais dans un premier temps, nous présentons les observations cliniques issues des consultations menées dans le dispositif « souffrance au travail ».

Dans un deuxième temps, nous exposons les résultats descriptifs des personnes qui sont prises en charge par ce dispositif.

Ensuite, nous nous intéressons :

- D'abord, aux résultats relatifs aux causes de rupture du contrat psychologique qui correspondent, selon notre hypothèse générale, aux déterminants de ces situations de travail douloureuses.
- Puis, aux résultats concernant le processus de violation de ce contrat psychologique, la « réaction émotionnelle » qui peut accompagner la perception de la rupture. Il s'agit de réactions affectives selon nous, à l'origine de la détérioration de la santé des personnes psychologique et physique et de la souffrance.
- Ensuite, nous proposons les résultats relatifs à l'effet de cette situation de souffrance en fonction de l'évolution entre les données des entretiens d'évaluation et les informations recueillies à la fin de l'accompagnement. Nous nous intéressons ici à la dynamique des

relations entre le sujet et son environnement, aux éléments de l'état de santé du sujet, au changement de sa situation professionnelle, à la transformation des échanges entre ses différentes sphères de vie qui impliquent des rapports au travail spécifiques.

CHAPITRE VI

Observations cliniques et résultats descriptifs

Avant de montrer et de discuter les résultats descriptifs, nous présentons nos observations cliniques issues des consultations, les entretiens d'évaluation et d'accompagnement.

Ces observations ont enrichi le travail d'analyse rétrospective des dossiers des personnes. Rappelons que le but de cette investigation a été d'identifier des éléments et faits récurrents en vue de construire l'outil de saisi.

Nous allons présenter ces observations cliniques à propos de l'émergence et l'évolution de ces situations douloureuse ci-après.

VI-1. OBSERVATIONS CLINIQUES

VI-1.1. LA RELATION ENTRE LE TRAVAILLEUR ET L'ORGANISATION : UN LIEN FRAGILE BASE SUR LES VALEURS

Nous observons de façon récurrente, que les personnes que nous recevons en consultation accordent une grande valeur au travail et que leur investissement dans l'organisation est important. Ce qui se traduit généralement (au moins durant la phase d'intégration et d'immersion) par un engagement affectif dans l'organisation et par la construction d'un contrat psychologique plutôt de type relationnel. Conséquemment ces personnes s'attendent, en contre partie de leur investissement, loyauté et fidélité, à des récompenses et à la reconnaissance des efforts fournis. Lorsque cet échange est perçu comme équilibré, la relation se fonde sur des sentiments de confiance, ce qui ne fait qu'accroître leur engagement et leur disponibilité vis à vis de l'organisation.

Nous constatons que cette phase « d'enchantement » peut parfois durer de longues années, tant que les fondements explicites et implicites du contrat psychologique et moral ne sont remis en cause, tant que les représentations des différentes parties engagées dans cette relation du travail sont « en phase ». Le travail joue un rôle constructeur durant ce laps de temps.

Mais cet équilibre est fragile, nous remarquons régulièrement que le moindre changement, une transformation dans le contexte professionnel (comme une réorganisation, une nouvelle hiérarchie, la mise en place de nouvelles procédures ou nouveaux outils, ou encore de méthodes de travail) ou un changement du côté du salarié (la sollicitation d'un congé parental, l'acquisition d'un diplôme etc.) peut bousculer cet équilibre et déstabiliser une relation de travail.

Dans d'autres cas, pendant ou juste après la phase d'intégration, le travail peut se révéler contraire aux attentes, la phase « d'illusion » aura alors été courte.

Nous constatons fréquemment que les difficultés professionnelles à l'origine de la souffrance débutent, presque à l'insu de la personne, lorsque les attentes réciproques ne sont plus (ou pas) en « osmose ». La personne tente alors de réagir, de développer des stratégies afin de réguler au mieux les contradictions qu'il vit. Nous remarquons de façon récurrente que les salariés tentent de défendre longuement leurs valeurs. Ces valeurs s'imprègnent des expériences et des cultures que le sujet a découvertes durant ses différentes phases de vie : des cultures familiales, de métier, d'entreprise etc., elles façonnent les jugements personnels et font partie de l'identité tant personnelle que professionnelle. Les logiques différentes qui s'affrontent alors, provoquent régulièrement des conflits de pouvoir, d'intérêt, de valeur, d'éthique ...

Ces conflits internes surgissent à la suite d'agissements subis ou d'exigences qui sont en contradiction avec les règles des métiers intériorisés et/ou avec leurs valeurs personnelles. Ce qui déclenche des conflits d'éthique et une perte de sens donné au travail (liée à la perte ou à des brouillages des repères). Lorsque ce « combat », qui demande beaucoup d'énergie et qui va épuiser le sujet, se solde de surcroît par des pertes trop lourdes pour le salarié (pertes de statut, d'emploi, du poste de travail, de ses idéaux, de sa dignité etc.), il entraîne alors des situations de souffrance parfois extrêmes.

Le contexte professionnel actuel semble heurter le système des valeurs des salariés.

VI-1.2. LES EFFETS DELETERES DU CONTEXTE ACTUEL DE TRAVAIL

La diversité des secteurs professionnels dont sont issues les personnes reçues en consultation et leurs témoignages nous permettent d'avancer que de ce contexte actuel de « mondialisation » découlent quasiment dans tous les secteurs :

- des politiques salariales moins favorables pour les salariés,
- une augmentation des contrôles parfois excessifs (facilités par le changement des méthodes de management, les nouveaux moyens technologiques et des processus mis en place pour mesurer la satisfaction des clients surtout basés sur des critères quantitatifs),
- une tendance à la bureaucratie due aux nouveaux processus de contrôle,

- une augmentation de la charge de travail pour répondre à un accroissement de la productivité et à la gestion de flux,
- la généralisation de la flexibilité,
- des réductions d'effectifs,
- des externalisations
- une détérioration des collectifs du travail,
- une crainte de la perte de l'emploi.

Tous les niveaux hiérarchiques sont touchés par les effets des mutations dans le travail.

Ces changements, présent dans quasiment tous les récits des personnes, sont souvent mal accompagnés. Les personnes nous rapportent régulièrement que les « vraies » raisons des changements (qui sont en général imposés) sont occultées ou les rares informations disponibles ne sont pas suffisamment communiquées ou de façon trop décalée dans le temps. Les décisions sont souvent prises de façon déconnectée de la réalité, ce qui frustre ceux qui doivent gérer les conséquences directes au quotidien. De même, les salariés concernés se sentent trahis par le manque d'écoute et de considération et se disent très touchés par le mépris témoigné à leur égard et par la brutalité qui accompagne parfois la demande de l'exécution des tâches. Ces salariés nous disent aussi qu'ils auraient aimé se voir confier un rôle plus actif dans ces processus de changement.

Nous observons à travers les propos rapportés, que ces agissements discréditent les décideurs et freinent fortement l'adhésion aux changements.

Les tâches des travailleurs semblent être définies de façon bien plus rigide que dans le passé. Très souvent les salariés se plaignent de la non prise en compte de la réalité (la gestion des aléas etc.) dans la prescription des tâches. Le travail se définit, selon eux, loin du terrain.

Aussi, les personnes ne comprennent pas que l'on ne tienne pas (ou plus) compte de leur expérience et de leur expertise. Même dans les cas où ils tentent d'alarmer l'entreprise sur des dysfonctionnements qui ne permettent pas (selon eux) d'aboutir aux objectifs fixés, leur avis n'est pas souvent pris en compte. Ces personnes nous disent souffrir de ce manque de confiance à leur égard.

Ce sentiment est accentué par le contrôle permanent mis en place dans beaucoup de sociétés. Ces processus de contrôle sont d'autant plus « effi-

caces » qu'ils fonctionnent de façon anonyme : « ce n'est plus un supérieur hiérarchique qui nous dit les consignes mais nous recevons les ordres par e-mail » ; « on ne sait plus qui commande réellement, mais on doit se soumettre aux ordres »...

Les personnes que nous recevons en consultation dénoncent aussi la brutalité avec laquelle les « nouvelles méthodes de travail » leur sont parfois imposées. Des propos tels : « on va vous apprendre à travailler » ; « vous devez montrer plus d'agressivité » ; « si tu n'y arrives pas, tu peux pas rester » etc. ne sont pas rares. Les sujets nous disent qu'ils ont l'impression non seulement de ne plus « savoir » travailler, mais de ne plus « exister » en tant que personne, leur dignité est dans ce cas touchée.

Nous remarquons que ces dérives managériales provoquent souvent des situations d'opacité, de cynisme, qui peuvent être perçues comme des stratégies de harcèlement ...

Nous constatons de façon récurrente que le salarié ne fait plus systématiquement partie des « rouages » de l'entreprise comme dans le passé, mais représente aujourd'hui davantage une « valeur à ajuster ». Dans la logique économique et financière actuelle, le salarié doit être plus que jamais « rentable et compétitif ». En découle souvent une densification de la charge de travail par une fixation d'objectifs toujours plus ambitieux et fréquemment des manques de moyens pour réaliser le travail prescrit, etc. Ces éléments représentent des éléments de rupture du contrat psychologique.

En outre, ces systèmes dont nous sommes témoins, tolèrent difficilement les moments de faiblesse rendus immédiatement visibles par les processus de contrôle mis en place dans les organisations.

Ces changements ont également tendance à déstructurer les équipes. L'augmentation de la charge de travail, les processus de contrôles et les évaluations individuelles, de même que la suppression des lieux et temps d'échanges informels déstabilisent les collectifs de travail. Nous observons que cet isolement pousse le sujet, soit dans la passivité, soit à développer des stratégies individuelles de régulation. Et, lorsque le salarié ne parvient pas à atteindre les objectifs, il a l'impression de « faillir » tout seul. Ce qui affecte la confiance et l'estime en soi et provoque des sentiments de culpabilité et/ou de peur. Ces sentiments traduisent des symptômes de « pathologies de la solitude » et sont à l'origine de souffrances.

VI-1.3. DES STRATEGIES DE FAIRE FACE QUI ENLISENT LES SITUATIONS DE TRAVAIL

En analysant les récits des personnes accueillies en consultation, on constate que leur première réaction face aux événements et aux nouvelles règles mises en place, qui viennent rompre des fonctionnements institutionnalisés (parfois depuis longue date), consiste à s'y opposer. Non pas avec l'intention de « résister aux changements » (comme souvent affirmé par les directions ou le management), mais plutôt par incompréhension. Ces personnes ne saisissent pas « l'apport » de ces nouveautés sur leur activité. Elles s'appuient sur leur expérience, leur connaissance pour analyser les méthodes imposées et elles pensent avoir la légitimité d'apporter leur point de vue, persuadées que cela pourra aider les décideurs à corriger ces (dis)fonctionnements. Nous constatons que ce n'est que peu à peu qu'elles réalisent que leur « résistance » provoque, non pas une amélioration de la situation mais une aggravation voire un enlèvement. Et elles ne se rendent malheureusement pas compte que ce sont des logiques, des cultures différentes qui s'affrontent. Ce qui traduit une incapacité à objectiver les difficultés vécues.

Des conflits s'installent car chacun des protagonistes défend son point de vue, sa façon de faire et tente d'y faire adhérer l'autre. Cette demande d'adhésion peut prendre la forme de « harcèlement », qui se manifeste par la mise en place de diverses stratégies (d'exclusion, d'humiliation etc.).

La durée de cette phase conflictuelle est variable, le passé professionnel du salarié, ses valeurs, sa représentation du travail et son identification à l'organisation influencent, selon nos constats, fortement ce conflit. Nous remarquons qu'une expérience passée dans l'organisation, que le salarié juge valorisante (quand le salarié a été auparavant reconnu, respecté et écouté) rend la soumission à l'autorité, à de nouvelles règles prescrites qui paraissent inadaptées (comme des objectifs perçus comme irréalisables, une rentabilité qui prime sur la qualité, des règles d'éthique qui ne paraissent pas ou plus respectées, etc.) très difficile. Le salarié est désorienté par ces nouvelles demandes et le conflit s'enlise.

De nombreuses personnes qui s'identifient fortement à leur organisation nous disent se « sentir redevables » vis-à-vis d'elle (c'est elle qui leur a « permis de devenir ce qu'elles sont »), ainsi elles ne défendent pas uniquement leurs valeurs mais aussi la culture qui prédominait dans l'entreprise et la pérennité de cette dernière (ils pensent devoir « sauver leur entreprise qu'ils pensent être en péril »). Le « lâcher-prise » nécessaire pour ne pas s'user dans cette bataille souvent perdue d'avance (car l'organisation déploie parfois des straté-

gies dans le but de faire partir la personne qui ne s'adapte pas) est alors, du fait de ce lien « viscéral », beaucoup plus difficile.

Les salariés vivent des fortes contradictions entre les (nouvelles) exigences et les valeurs/représentations intériorisées. Rappelons que lorsque le sujet ne parvient plus à réguler ces contradictions, lorsqu'il se trouve dans l'incapacité à pouvoir faire face à ces pressions (internes et externes), la rupture du contrat moral est vécue comme une violation (cf. chapitre III).

VI-1.4. DES SOUFFRANCES PSYCHOLOGIQUES MANIFESTES ET DES TROUBLES DE LA SANTE PHYSIQUE

Selon nos constats, l'enlissement de ces situations conflictuelles a tendance à provoquer des sentiments d'incompréhension, de désespoir, de trahison et également de culpabilité. Il s'en suit une perte de repères, une identité professionnelle bafouée et conséquemment une identité personnelle mise à mal. Naissent une perte de confiance vis à vis de leur environnement professionnel mais aussi en soi. Les blessures narcissiques consécutives fragilisent les structures identitaires des personnes et la santé physique se dégrade.

Les problèmes de santé les plus fréquemment observés sont les troubles du sommeil, les troubles digestifs, les TMS, les problèmes cardiovasculaires, les syndromes anxio-dépressifs voire même dans certains cas la dépression. Nous rencontrons aussi des personnes qui somatisent leur souffrance.

La plupart des individus rencontrés suivent un traitement psychotrope (anxiolytiques et/ou des antidépresseurs).

Nous remarquons que certains éléments semblent accentuer ces processus, il s'agit (comme mentionné plus haut) de la forte implication au travail, de l'engagement professionnel de type affectif et du contrat psychologique de type relationnel. Ainsi, un lien « viscéral » avec l'organisation et un dévouement de fait très fort, fragilisent les personnes et les rendent encore plus vulnérables.

D'autres facteurs ont tendance à aggraver les effets de ces situations professionnelles difficiles : comme le manque de soutien (matériel, affectif ou autre), la précarité, certaines situations familiales (paraissent particulièrement touchées, les femmes chargées de famille), l'âge (les salariés expérimentés peuvent déranger : il sont moins « adaptables » et « coûtent plus chers » ; pour les « seniors » une réorientation professionnelle est plus difficilement envisageable) et la peur du chômage. Ces personnes qui souffrent de sentiments d'impuissance (et parfois de persécution) se sentent souvent obligées de « su-

bir » par manque de solutions adéquates visibles, ce qui augmente la durée d'exposition et les risques associés.

VI-1.5. UNE MISE A DISTANCE DU TRAVAIL POUR APAISER LA SOUFFRANCE

Un réajustement des attentes mutuelles (fondements du contrat psychologique) est rarement observé. Il serait pourtant nécessaire pour redonner de la confiance à cette relation de travail brisée par des sentiments de méfiance et de trahison. Et il pourrait avoir comme effet un nouvel engagement ou une re-motivation.

L'accompagnement des personnes n'est pas systématique. Environ les deux tiers des personnes accueillies dans le dispositif bénéficient d'un suivi psychologique (pour le tiers restant, la procédure d'inaptitude pour raisons médicale est souvent entamée et nécessite un avis spécialisé). Les observations cliniques indiquent :

- que bien souvent la seule issue possible dans le temps (afin d'atténuer la souffrance) reste la rupture provisoire ou définitive du contrat de travail (sous toutes ses formes : licenciement pour faute, licenciement négocié, démission, congés divers, etc.) accompagnées dans certains cas de procédures juridiques.
- qu'un soutien proposé aux personnes en souffrance est primordial (la prise en charge proposée par le dispositif en fait partie).
- que l'amélioration de l'état de santé psychologique de la personne semble aller de pair avec une « redistribution du système des activités ».
- et que conséquemment l'investissement professionnel diminue (le sujet semble découvrir la nécessité de se protéger).

Le travail de recherche de sens (réalisé durant les entretiens), associé à une prise de recul, leur permet de comprendre que ce qu'elles vivent correspond à un conflit de valeurs et que les pratiques de harcèlement dont elles se sentent victimes en sont les conséquences. Cette compréhension leur permet, de reconnaître leur part de responsabilité dans cette situation conflictuelle. Grâce à ce travail elles parviennent à sortir de leur rôle de victime, ce qui représente une condition pour redevenir actif dans la recherche de solutions à leurs difficultés professionnelles. Mais la prise de conscience et la construction

d'un nouveau projet professionnel prennent du temps. La durée de l'accompagnement psychologique dans le dispositif est très variable (entre 3 à 20 mois). Elle est liée à l'évolution de la situation (des solutions trouvées et mises en place) et de l'état de santé.

Nous allons dans les paragraphes qui vont suivre tenter de confronter les observations cliniques que nous venons de décrire aux résultats des analyses statistiques.

Dans un premier temps, nous allons caractériser la population de notre recherche.

Au total, 103 salariés et fonctionnaires ont été reçus en accompagnement individuel (vus au moins deux fois par le psychologue) dans le dispositif « souffrance au travail » du service des maladies professionnelles et environnementales entre le 1^{er} juin 2008 et le 31 mai 2009.

Rappelons que nous avons exclu de notre échantillon les personnes reçues qu'une fois en évaluation ou/et celles ne disposant pas d'emploi fixe lors de l'entretien d'évaluation (notamment les demandeurs d'emploi, les stagiaires, les intérimaires, les personnes en CDD).

Nous allons ci-après présenter et commenter les résultats descriptifs. Il s'agit ici des résultats de l'analyse statistique descriptive des données recueillies lors des entretiens d'évaluation (qui représente notre premier temps de recueil) et lors des entretiens d'accompagnement (notre deuxième temps de recueil).

Pour faciliter la lecture des différents tableaux nous avons opté pour la présentation suivante :

- les chiffres en police normale représentent les effectifs
- les chiffres en italiques représentent les pourcentages

VI-2. PRESENTATION DES RESULTATS DESCRIPTIFS LIES AU PREMIER TEMPS DE RECUEIL

Nous commençons par présenter ci-dessous les résultats de l'analyse statistique descriptive des données recueillies lors des entretiens d'évaluation.

VI-2.1. CARACTERISTIQUES BIOGRAPHIQUES

VI-2.1.1. Sexe

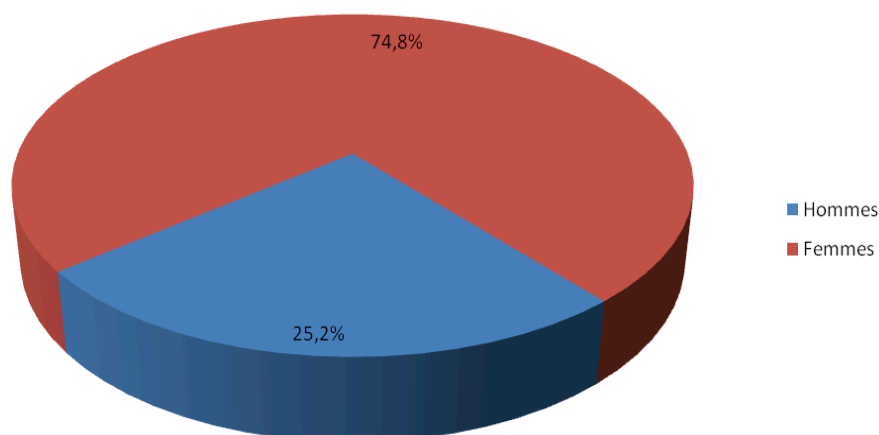


Figure 13 - Représentation en % des personnes reçues à la consultation selon leur sexe

Le graphique ci-dessus indique que les femmes reçues en accompagnement dans le dispositif durant la période de recueil sont plus nombreuses que les hommes : 77 femmes (elles représentent 74,8 %) et 26 hommes (25,2 %) ont sollicité l'aide du psychologue.

VI-2.1.2. Age

Les sujets ont entre 24 et 62 ans et la valeur médiane concernant l'âge est 44 ans.

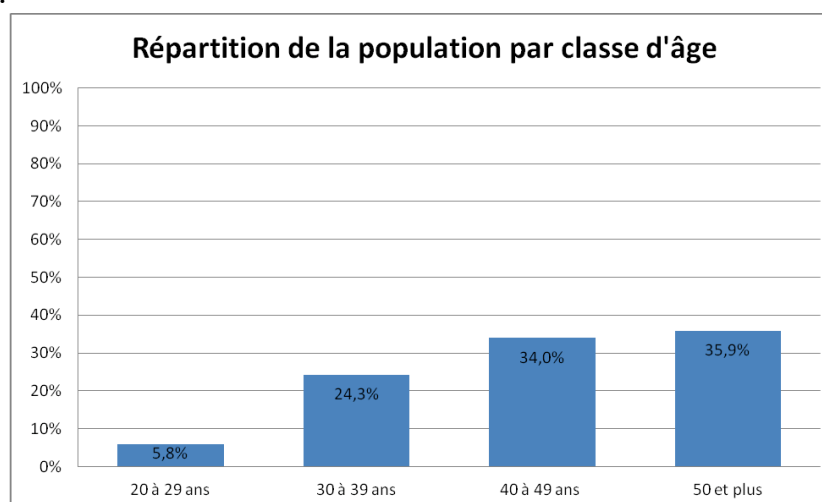


Figure 14 - Répartition de la population par classe d'âge

Comme le montre le graphique ci-dessus, nous avons réparti notre population d'étude en quatre classes. Près de 70 % des personnes reçues ont plus de 40 ans et la classe qui regroupe le moins de personnes est celle de moins de 30 ans.

VI-2.1.3. Situation familiale, enfants à charge

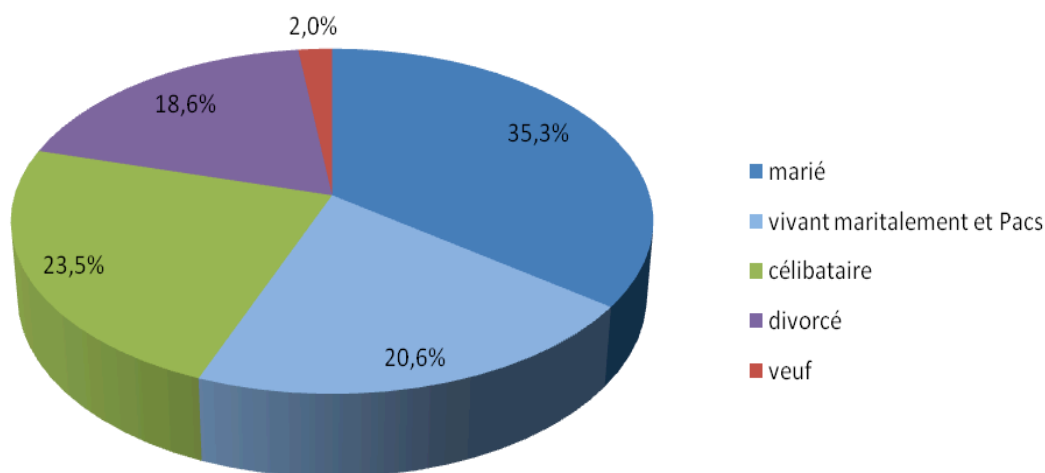


Figure 15 - Situation familiale des personnes reçues en consultation

Parmi les personnes constituant notre échantillon, 57 sont, soit mariées, soit elles vivent maritalement, ce qui équivaut à un peu plus de la moitié de la population étudiée (55,8 %).

Egalement près de la moitié des personnes ont des enfants à charge (54 % de l'effectif total).

VI-2.2. CARACTERISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES

VI-2.2.1. Secteur d'activité

73 (70,9 %) personnes travaillent dans le secteur privé et 30 (29,1 %) personnes dans le secteur public.

Secteur d'activité	Effectifs N=103	%
Agriculture, Sylviculture et pêche	2	1,9
Industrie manufacturière	4	3,9

Secteur d'activité	Effectifs N=103	%
Production et distribution d'eau, assainissement, gestion des déchets et dépollution	1	1
Construction	1	1
Commerce, réparation d'automobiles et de motocycles	12	11,7
Transports et entreposage	4	3,9
Hébergement et restauration	1	1
Information et communication	1	1
Activités financières et d'assurances	5	4,9
Activités immobilières	5	4,9
Activités spécialisées, scientifiques et techniques	10	9,7
Activités de services administratifs et de soutien	7	6,8
Administration publique	14	13,6
Enseignement	2	1,9
Santé humaine et action sociale	29	28,2
Arts, spectacles et activités récréatives	2	1,9
Autres activités de service	3	2,9
Total	103	100

Tableau 3 - Répartition de la population par secteur d'activité

Le tableau ci-dessus renseigne les secteurs d'activité (selon la classification de nomenclature d'activité française NAF révision 2, 2008 niveau 1 utilisée par l'INSEE) dont est issue notre population. Il montre que quasiment tous les secteurs d'activité sont représentés avec néanmoins des différences notables.

Le secteur de la santé humaine et de l'action sociale est prépondérant : il regroupe à lui seul 29 personnes, ce qui représente 28,2 % de la population étudiée. 20 personnes (20,4 %) travaillent dans les administrations publiques (13,6 %) ou dans les services administratifs et de soutien (6,8 %).

Le secteur du commerce englobe 11,7 % de notre population.

VI-2.2.2. Catégorie socioprofessionnelle

Catégorie socioprofessionnelle	Effectifs N=103	%
Cadres de la fonction publique	7	6,8
Professeurs, professions scientifiques	1	1
Profession de l'information, des arts et du spectacle	1	1
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise	15	14,6
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise	8	7,8

Catégorie socioprofessionnelle	Effectifs N=103	%
Professions intermédiaires de la santé et du travail social	13	12,6
Professions intermédiaires administratives de la fonction publique	5	4,9
Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises	11	10,7
Techniciens	7	6,8
Contremaîtres, agents de maîtrise	3	2,9
Policiers et Militaires	1	1
Chauffeurs	1	1
Employés civils et agents de service de la fonction publique	8	7,8
Employés administratifs d'entreprise	7	6,8
Employés de commerce	7	6,8
Personnels des services directs aux particuliers	6	5,8
Ouvriers qualifiés de type industriels	1	1
Ouvriers non qualifiés de type industriels	1	1
Total	103	100

Tableau 4 - Répartition de la population par catégorie socioprofessionnelle

La proportion des différentes catégories socioprofessionnelle (selon la liste des catégories socioprofessionnelles PCS 2003, niveau 3 utilisée par l'INSEE) est montrée dans le tableau ci-dessus.

Les employés (administratifs et de commerce : 13,6 %), les agents de la fonction publique (7,8 %), les personnels des services directs aux particuliers et les ouvriers qualifiés ou non (7,8 %) représentent 29,2 % de la population étudiée. Plus d'un tiers (37,8 %) correspond aux professions intermédiaires (tous secteurs d'activité confondus), aux techniciens et agents de maîtrise. Et également près d'un tiers de la population étudiée sont des cadres moyens et supérieurs (cadres techniques, commerciaux, administratifs et de la fonction publique, ingénieurs, professeurs et professions scientifiques), c'est-à-dire 30,2 % de notre échantillon.

VI-2.3. PARCOURS PROFESSIONNEL DANS L'ORGANISATION

VI-2.3.1. Ancienneté dans l'entreprise

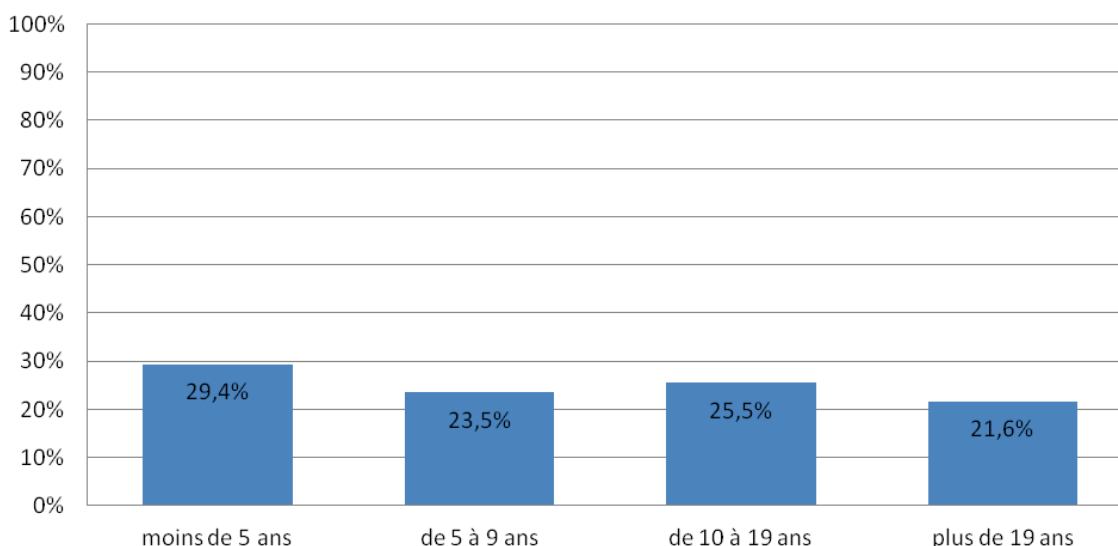


Figure 16 - Représentation du nombre d'années passées dans l'organisation

Le graphique ci-dessus nous montre une répartition assez homogène des années passées dans les organisations respectives. Un peu moins d'un tiers (29,4 %) des personnes ont passé moins de 5 années dans la même organisation et près d'un quart de la population étudiée (21,6 %) ont plus de 19 ans d'ancienneté dans leur entreprise ou administration.

Dans les traitements statistiques que nous avons effectués et dont nous présenterons les résultats dans les chapitres suivants, nous avons distingué deux classes : ancienneté dans l'organisation inférieure ou égale à 5 ans et ancienneté dans l'organisation supérieure à 5 ans.

VI-2.3.2. Nombre de changements de poste dans l'organisation

Nombre de changements	Effectifs N=100	%
aucun	55	55
entre 5 et 10	38	38
plus de 10	7	7

Tableau 5 - Nombre de mutations des sujets constituant notre échantillon dans leur organisation actuelle

Plus de la moitié des personnes étudiées (55 %) précisent n'avoir jamais changé de poste dans l'organisation dans laquelle elles travaillent actuellement. 38 % de nos travailleurs mentionnent entre 1 et 3 changements de postes et seulement 7 % des personnes nous disent avoir changé plus de 3 fois de postes au sein de leur organisation actuelle.

VI-2.3.3. Ancienneté au poste de travail actuel

Ancienneté au poste	Effectifs N=99	%
entre 1 et 4	51	51,8
entre 5 et 10	30	30
plus de 10	18	18,2

Tableau 6 - Nombre d'années passées sur le poste de travail actuel

On constate que près de la moitié des personnes ont passé entre 1 an et 4 ans sur le poste de travail qu'ils occupent lors des entretiens d'évaluation (51,8 %), parmi ces 51 personnes, 21 ont tout juste 1 an d'ancienneté.

Près d'un tiers des années d'ancienneté au poste relevées (30 %) s'échelonnent entre 5 ans et 10 ans d'ancienneté. Et 18,2 % de notre effectif ont plus de 10 ans d'ancienneté au poste.

VI-2.3.4. Evolution de carrière dans l'organisation actuelle

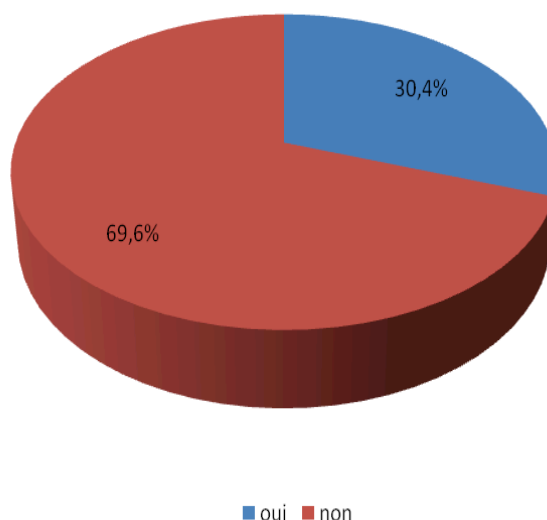


Figure 17 - Le parcours professionnel dans l'organisation vécue comme une évolution positive

30,4 % des personnes accompagnées dans le dispositif « souffrance au travail » durant la période donnée estiment que leur parcours professionnel, dans leur entreprise ou l'administration actuelle, se traduit par une évolution de carrière positive.

VI-2.4. ASPECTS DE L'ÉTAT DE SANTE DES PERSONNE ET CONSEQUENCES DIVERSES

VI-2.4.1. Troubles physiques et psychopathologiques

Les troubles les plus fréquents, dont se plaignent les personnes étudiées lors des entretiens d'évaluation sont : les syndromes anxio-dépressifs (62,1 %), la dépression (43,7 %), les troubles du sommeil (40,8 %), somatisations diverses (39 %) et les troubles de l'appétit ou digestifs (21,6 %). Au moins un de ces différents troubles est quasiment toujours inclus dans le tableau clinique des sujets lors des premières consultations.

En plus des troubles cités ci-dessus, 30,6% des personnes souffrent, d'autres problèmes de santé, qui sont : l'anémie, la fatigue, l'état d'épuisement physique et moral, les TMS, le Burn Out, l'état de stress post-traumatique, l'hypertension, les acouphènes, les infections diverses et les troubles cognitifs.

L'augmentation de la consommation d'alcool ou/et du tabac chez les sujets étudiées (bien que non relevée) n'est pas rare.

VI-2.4.2. Traitement psychotrope

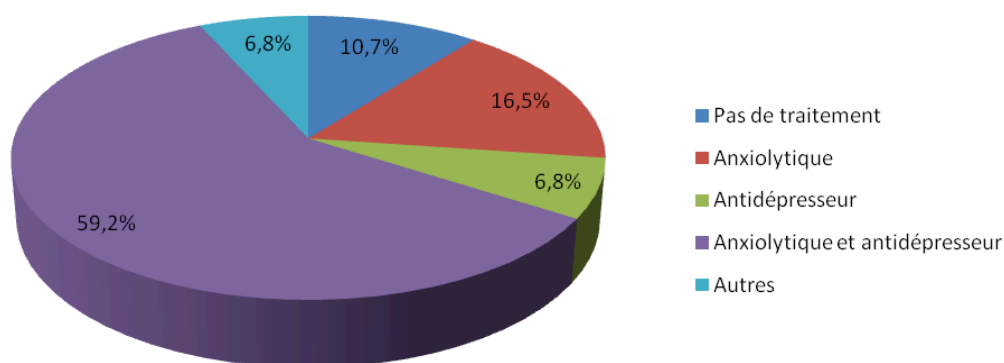


Figure 18 - Répartition de la population par type de psychotrope

Seules 10,7 % des personnes étudiées déclarent ne pas suivre de traitement médicamenteux de type psychotrope. Trois personnes dans cette population sont soignées par homéopathie et/ou par acupuncture. 16,5 % des personnes suivent un traitement anxiolytique et pour 59,2 % des sujets, le traitement anxiolytique est associé à un antidépresseur.

Certaines personnes (nous n'avons pas relevé le nombre exact), pour soigner d'autres pathologies, associent à ce traitement anxiolytique et antidépresseur des hypnotiques, neuroleptiques, somnifères ou autres.

VI-2.4.3. Sollicitation d'une aide psychothérapeutique

62,1 % des sujets étudiés dans cette recherche (il s'agit de 64 sur les 103 personnes) ont sollicité une aide psychothérapeutique en complément du dispositif souffrance au travail.

VI-2.4.4. Retrait physique de l'environnement professionnel

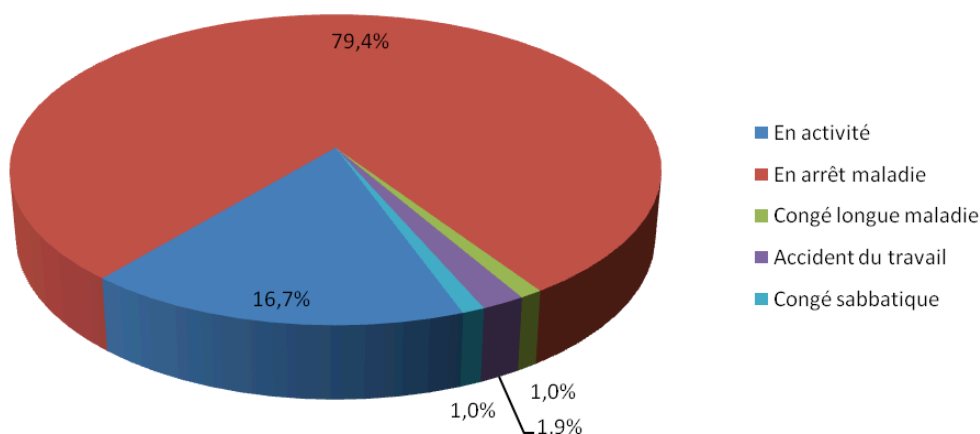


Figure 19 - Répartition de la population par situations de travail

Seulement 16,7 % des personnes qui constituent notre échantillon se trouvent en activité lors des entretiens d'évaluation. 79,4 % se trouvent en arrêt maladie (en rapport avec le vécu au travail). Près de 4 % des sujets étudiés ne sont pas en activité pour d'autres raisons (congé longue maladie, congé sabbatique, accident du travail, une tentative de suicide aurait été reconnue en accident de travail).

VI-2.4.5. Diagnostic médical

Dans les traitements statistiques que nous avons effectués et dont nous présenterons les résultats dans les chapitres suivants, nous avons distingué deux cas pour décrire l'état de santé des sujets : pas de symptômes (pas de dégradation de l'état psychologique de la personne) et syndrome anxio-dépressif ou dépression (dégradation de l'état psychologique de la personne).

Seulement 11 personnes (10,8 % du total de l'effectif) ne présentent pas de symptômes. La santé mentale des autres personnes de notre échantillon est diagnostiquée comme étant dégradée.

Nous avons voulu connaître la répartition de ces deux catégories de personnes (état de santé dégradé/ non dégradé) au moment de l'entretien d'évaluation, selon les critères suivants :

- personnes en retrait temporaire du contexte professionnel (ou non)
- personnes suivant un traitement psychotrope (ou non)
- personnes ayant sollicité une aide psychothérapeutique (ou non)

Les résultats sont présentés ci-dessous :

		Dégradation de l'état de santé psychologique	
		non 11 10,8	oui 92 89,2%
Retrait Physique	en activité	54,6%	12,1%
	en arrêt maladie	45,4 %	83,5%
	autres	0,0%	4,4%

Tableau 7 - Etat de santé psychologique et retrait physique en début de suivi

		Dégradation de l'état de santé psychologique	
		non 11 10,8	oui 92 89,2%
Traitement	pas de traitement	17,6%	9,8%
	anxiolytiques	26,9%	15,2%
	antidépresseur	9,3%	6,5%
	Anxiolytiques et antidépresseur	26,9%	63,1%
	autres	17,6%	5,5%

Tableau 8 - Etat de santé psychologique et traitement psychotrope en début de suivi

		Dégradation de l'état de santé psychologique	
		non 11 10,8	oui 92 89,2%
Sollicitation d'une aide psychothérapeutique	non	17,6%	40,1%
	oui	81,5%	59,1%

Tableau 9 - Etat de santé psychologique et sollicitation d'une aide psychothérapeutique en début de suivi

Ces tableaux nous montrent que relativement peu des personnes diagnostiquées en terme de dégradation de la santé mentale se trouvent en activité au moment de l'évaluation (1/8e) contrairement aux autres personnes (avec un impact moindre sur la santé) dont plus de la moitié est en activité.

La majeure partie des personnes dont l'état de santé psychologique est fortement fragilisé, est placée sous traitement anxiolytique et/ou antidépresseur et plus de la moitié ont entamé un travail psychothérapeutique suite à leurs difficultés professionnelles.

Mais nous constatons aussi que la quasi moitié des personnes non diagnostiquées au moment de l'évaluation (pas de dégradation visible de la santé mentale) se trouvent également en arrêt maladie. Il en est de même concernant les traitements psychotropes. Beaucoup de personnes non diagnostiquées ont une prescription médicale pour un traitement anxiolytique et/ou antidépresseur. Mais l'association des deux psychotropes est plus fréquente chez la population diagnostiquée. Concernant la sollicitation d'une aide psychothérapeutique (autre que le dispositif « souffrance au travail »), nous remarquons le phénomène inverse : proportionnellement, la population non diagnostiquée sollicite davantage une aide psychothérapeutique.

VI-2.4.6. Antécédents psychiatriques connus

Au sein de l'ensemble de la population en situation d'accompagnement psychologue individuel dans le dispositif au cours de la période étudiée, plus d'un quart (29,1 %) présente des antécédents psychiatriques connus. Essentiellement des épisodes dépressifs majeurs, deux personnes signalent une tentative de suicide dans leurs antécédents.

VI-2.5. VECU HORS TRAVAIL

VI-2.5.1. Répercussions sur la vie personnelle

Répercussion	Effectifs N=103	%
pas de répercus- sion	29	28,2
matérielle	18	17,5
familiale	26	25,2
matérielle et familiale	18	17,5
autres	12	11,7

Tableau 10 - Répercussions de ces situations de travail sur d'autres sphères d'activités

Seulement 29 personnes des 103 personnes étudiées déclarent ne pas souffrir de répercussions de leurs problèmes professionnels sur leur vie personnelle.

Les autres déclarent connaître des difficultés consécutives, soit dans leur vie conjugale et/ou familiale (26 sujets), soit des difficultés matérielles (18 personnes) et également 18 personnes mentionnent des difficultés familiales et matérielles. 12 personnes se plaignent d'autres conséquences, comme l'isolement ou le retrait social, le désengagement des activités syndicales, l'arrêt des activités extra-professionnelles, le désinvestissement dans la sphère personnelle.

VI-2.5.2. Vécu de la sphère hors travail

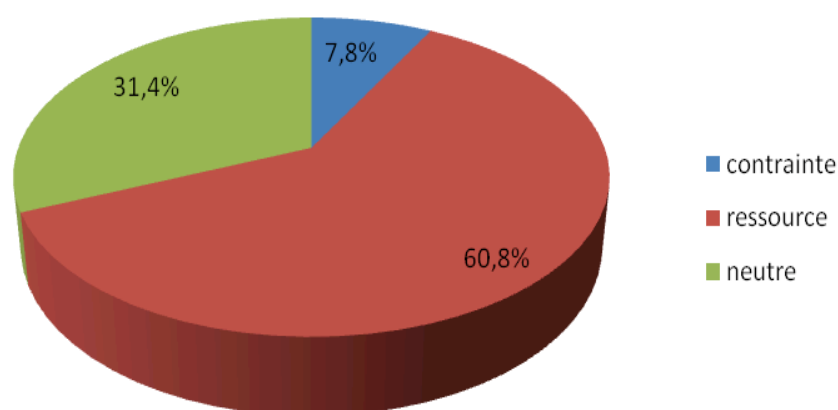


Figure 20 - Perception des sphères hors travail

Malgré les répercussions sur la vie hors travail décrits ci-haut, la sphère privée est vécue comme une contrainte par seulement 7,9 % des personnes étudiées. 60,8 % des sujets qui constituent notre échantillon perçoivent leur vie hors travail comme une ressource. Et pour 31,4 % des personnes, elle est perçue ni comme une ressource, ni comme une contrainte.

VI-2.6. PRESENTATION DES RESULTATS LIES AU DEUXIEME TEMPS DE RECUEIL

Nous allons présenter dans les pages suivantes les résultats de l'analyse statistique descriptive des données recueillies lors des entretiens d'accompagnement.

VI-2.6.1. Evolution de la situation professionnelle

L'analyse de l'évolution de la situation depuis la première phase a été réalisée, par les psychologues respectivement en charge des personnes, à partir des verbalisations qu'elles ont produites pour répondre aux questions qui leur étaient posées.

Ont été pris en compte dans cette analyse, l'évolution : des conditions de travail, des relations de travail et de la communication. Ce recueil intègre également les solutions envisagées ou les actions concrètes déjà mises en place (ou non) en vue de résoudre les difficultés rencontrées par les sujets.

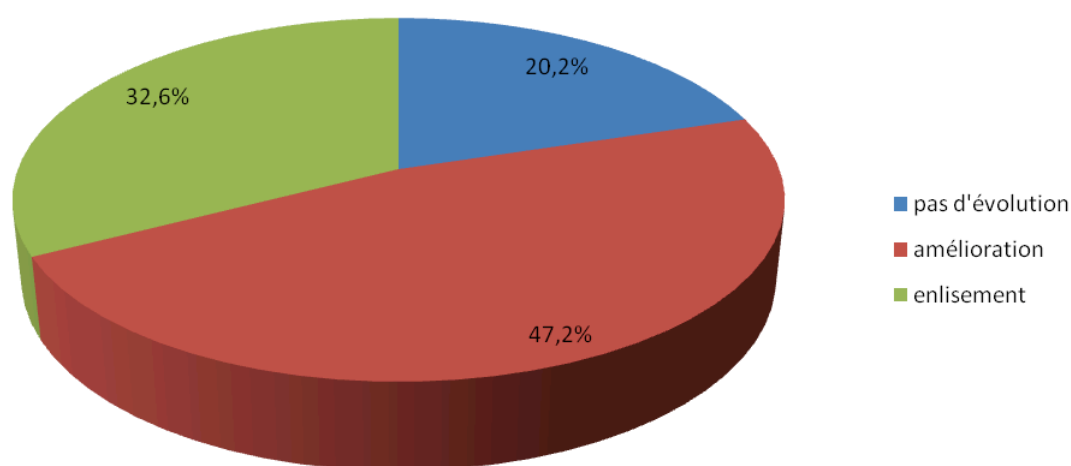


Figure 21 - Evolution de la situation professionnelle entre le moment d'évaluation et l'accompagnement

Pour 32,6 % des personnes étudiées, les psychologues ont estimé que, d'après leurs restitutions, la situation s'est enlisée. Dans 47,2 % des cas, la situation s'est (toujours selon la perception des praticiens) améliorée et pour 20,2 % la situation de travail reste inchangée.

VI-2.6.2. Evolution de l'état de santé

Nous avons procédé de la même façon concernant l'évolution de l'état de santé (physique et psychologique) des personnes.

Ont servi à cette évaluation, outre les témoignages et verbalisations des personnes, l'écoute clinique, les prescriptions médicales et/ou les conclusions des médecins (du travail, traitant, spécialistes...) à la disposition des psychologues lors la phase d'accompagnement. Ces informations ont été comparées avec celles qui sont présentes dans les dossiers des personnes et/ou recueillies pendant les premiers entretiens.

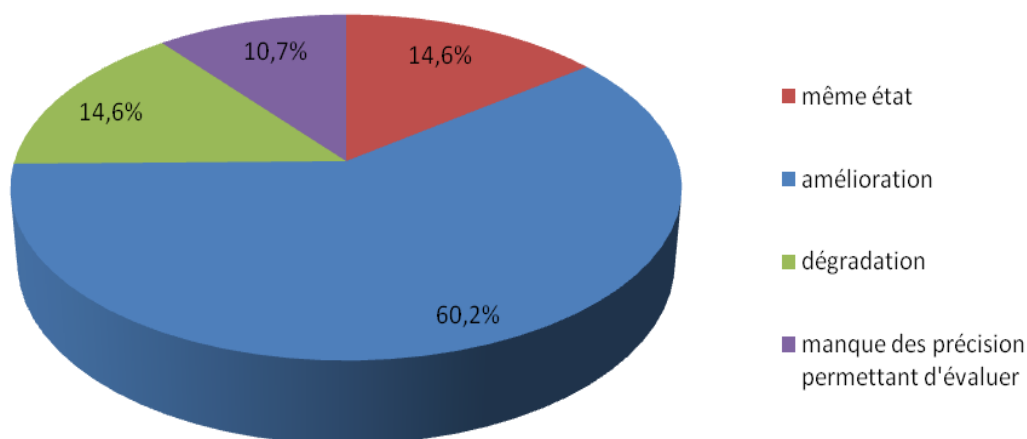


Figure 22 - Evolution de l'état de santé des personnes entre la phase d'évaluation et la phase d'accompagnement

Pour 62 personnes (60,2 %), le psychologue a estimé que l'état santé s'est amélioré entre la première consultation et la fin de l'accompagnement.

Pour 15 personnes (14,6 %) l'état de santé semble inchangé à la fin de l'accompagnement psychologique (du dispositif) et pour également 15 personnes il a même été jugé plus dégradé par rapport à l'évaluation réalisée lors du premier contact avec le psychologue.

Pour 11 autres personnes (10,7 %), le psychologue manquait d'éléments pour effectuer cette évaluation de façon objective et rigoureuse.

VI-2.6.3. Conséquences sur la relation d'emploi

Nous nous sommes également intéressés aux effets sur la relation contractuelle entre le salarié et l'organisation. Nous connaissons l'issue en fin de l'accompagnement pour 90 personnes. Pour les autres (13) personnes, nous manquons d'éléments. Nous présentons les résultats ci-après.

Evolution de l'activité	Effectif N=90	%
même poste de travail	25	27,8
retrait temporaire	36	40,0
rupture définitive	29	32,2

Tableau 11 - Situation contractuelle du travail en fin de suivi

65 personnes (72,2 % de la population pour laquelle nous disposons les informations nécessaires) n'occupent pas leur poste de travail en fin d'accompagnement. Pour 29 d'entre elles (32,2 %) la rupture est définitive. Pour les autres, 36 personnes (40,0 %) se trouvent en situation de retrait temporaire, une personne est en congé maternité, une personne est déclarée en accident de travail et une autre a été hospitalisée. Les 33 personnes restantes se trouvent toujours en arrêt maladie (dont 3 personnes sont à nouveau en arrêt après une tentative de reprise).

Pour les personnes en activité vers la fin de l'accompagnement, 3 d'entre elles ont repris leur vie professionnelle à mi-temps thérapeutique et une personne a demandé une diminution de son temps de travail.

Au moment de la fin de l'accompagnement (à la suite de la décision commune prise, entre la personne en suivi et le psychologue, d'interrompre la prise en charge) l'issue définitive n'est pas connue pour 13 personnes.

Ci-dessous nous montrons la répartition des 29 personnes en fonction du type de rupture lorsque le contrat de travail a cessé.

Rupture définitive	Effectifs N=29	%
démission	5	17,2
licenciement	24	82,8

Tableau 12 - Type de rupture du contrat

Parmi les 29 personnes qui se trouvent en situation de rupture de contrat de travail, suite aux difficultés professionnelles pour lesquelles elles ont sollicité l'aide du dispositif, 5 ont démissionné et 24 ont été licenciées. On dé-

nombre 20 licenciements pour inaptitude médicale à tous poste de l'entreprise, 2 licenciements économiques et 2 licenciements négociés. Personne n'a été licencié pour faute.

Nous précisons dans le tableau suivant les causes du licenciement pour les 24 personnes concernées.

Licenciement	Effectif N=24	%
inaptitude médicale	20	83,3
négocié	2	8,3
économique	2	8,3

Tableau 13 - Cause du licenciement

Nos résultats indiquent aussi qu'en fin d'accompagnement, 22 personnes ont, soit changé de poste (15 personnes), soit ont été mutées (7 personnes). Également, 7 personnes ont changé d'organisation : elles ont intégré une nouvelle entreprise ou une autre administration.

Les résultats nous apprennent, qu'au moment de la fin de l'accompagnement pour 24 personnes (26,7 %), les réorientations ou les nouveaux projets professionnels ont abouti (ou sont en cours d'aboutissement) à un changement de métier.

18 personnes, en plus des 24 personnes mentionnées ci-dessus, envisagent de se réorienter. Mais les projets sont encore imprécis. Il s'agit de demandes de bilan de compétences, de VAE et de formations.

VI-2.6.4. Durée du suivi psychologique dans le dispositif « souffrance au travail »

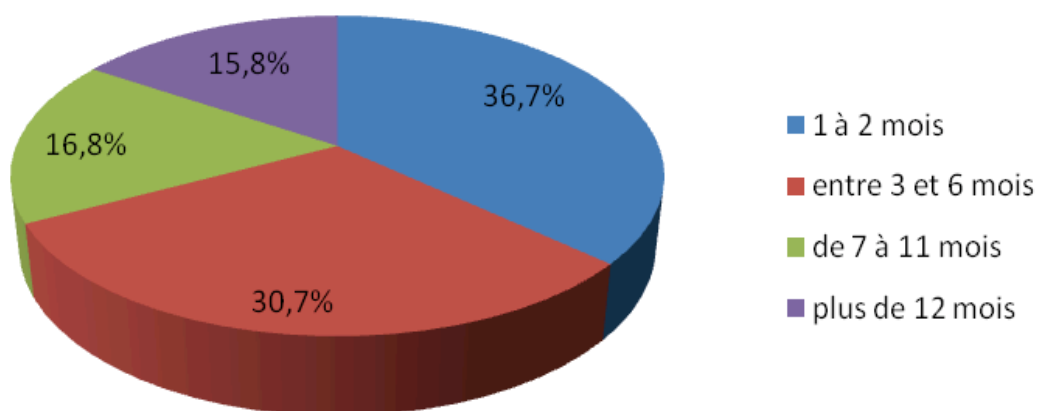


Figure 23 - Durée de l'accompagnement psychologique dans le dispositif

Pour 36 % des personnes, le suivi psychologique au sein du dispositif « souffrance au travail » a duré moins de 3 mois. Cet accompagnement a duré entre 3 mois et 6 mois pour 31 % des sujets. 16% de l'effectif de notre étude ont sollicité cette aide entre 7 mois et 12 mois. Et pour 15 % des personnes étudiées, la durée de l'accompagnement a dépassé l'année.

VI-2.7. SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS DESCRIPTIFS

Selon les résultats que nous venons de détailler, sont accueillies en consultation majoritairement des femmes, elles représentent dans notre étude presque les trois quarts de l'effectifs total (74,8%). Beaucoup de personnes ont plus de 50 ans, il s'agit de la classe d'âge la plus représentée (35,9%), elle est suivie par la classe d'âge des 40-49 ans (33,9 %). La valeur médiane correspond à 44 ans.

Concernant ces deux éléments (le sexe et l'âge), nos résultats sont proches de ceux issus d'une étude menée dans le Centre de Consultation de Pathologie Professionnelle de Nancy (Gingembre, 2010). L'objectif de cette étude était de décrire le profil de la population d'employés adressés entre 2003 et 2007 (un effectif de 805 personnes) dans ce centre pour avis psychiatrique.

La surreprésentation des femmes dans notre étude (tout comme dans l'étude menée à Nancy) pourrait s'expliquer en partie par le « double rôle » qu'occupent fréquemment les mères (ce qui est autant plus vrai lorsqu'elles élèvent seules leurs enfants). Ceci est reconnu comme étant une source de stress supplémentaire. En effet, plus de la moitié de la population étudiée (55,9 %), sont mariées ou vivent maritalement. Sensiblement le même nombre de personnes (54 %) ont des enfants à charge. De même, envisager de quitter son poste de travail afin de s'extraire de l'environnement douloureux s'avère plus difficile pour les personnes qui ont une famille à leur charge et/ou pour celles qui ne bénéficient pas de ressources (matérielle, financière ou affective) dans leur entourage.

Nous avons pris en compte ces éléments dans notre étude comme nous l'indiquerons plus loin.

Nos résultats montrent que la souffrance au travail est présente dans tous les milieux professionnels et à tous les niveaux hiérarchiques. De même la Fonction Publique n'est pas épargnée. Elle est représentée par 29,1 % des personnes étudiées.

Quelques nuances doivent être, néanmoins, apportées. 28 % des personnes travaillent dans le secteur de la santé humaine et celui de l'action sociale, 20 % sont employées dans des administrations publiques ou dans les services administratifs et de soutien. Quant au secteur du commerce, il englobe 11,6 % de notre effectif. Ici nos résultats divergent par rapport à l'étude mentionnée plus haut, qui démontre une prépondérance pour le secteur du commerce et de l'hôtellerie. De même les administrations y sont beaucoup moins représentées. On peut émettre deux hypothèses :

- la répartition des secteurs d'activités n'est pas la même dans ces deux secteurs ;
- le secteur public connaît davantage de changements organisationnels (proche de ceux rencontrés dans les entreprises privées avec les conséquences connues que nous présentons dans le chapitre II) ces toutes dernières années (qui n'ont pas pu être pris en compte dans l'étude menée à Nancy, le recueil des données s'est effectué avant celui de notre recherche).

Nous allons apporter des éléments de réponse à cette deuxième hypothèse plus loin.

Nos données concordent avec les résultats de nombreuses enquêtes (menées entre autres par la DARES et la Fondation européenne de Dublin, cf. Chapitre II). Elles indiquent que les personnes occupant des activités en contact direct avec, soit le client, soit le patient, sont de plus en plus malmenées. Ces personnes vivent alors des conflits d'éthique ou des conflits de valeurs. Et elles subissent un hyper contrôle, une augmentation de l'exigence de la clientèle, ou un sous-effectif etc., qui sont sources de pressions psychologiques importantes. Ce qui explique les sentiments de doutes et de culpabilité qui aboutissent, dans bien des cas, à des situations de souffrance. Nous l'avons explicité dans le chapitre I.

Près de la moitié des personnes travaillent dans la même organisation depuis plus de 10 ans (47,1 %) et 23,5 % de notre effectif ont entre 5 et 9 ans d'ancienneté. On peut affirmer que les personnes étudiées ont passé une période relativement longue dans leur entreprise ou administration. De même, nous pouvons émettre l'hypothèse que leur environnement de travail a changé par rapport à la phase d'intégration, ce qui peut participer à l'explication de leur mal-être.

21,1 % des sujets ont moins d'un an d'ancienneté au poste, ils se trouvent donc en phase d'intégration. Il est reconnu que l'intégration sur un nou-

veau poste correspond à une phase de transition qui peut fragiliser, voire déstabiliser psychologiquement la personne (du fait des changements de repères, des efforts d'apprentissage à fournir, des nouvelles relations de travail etc.).

69,6 % des personnes estiment que leur parcours professionnel dans leur organisation (entreprise ou administration) ne se traduit pas par une évolution de carrière positive. Nous prétendons que ce vécu favorise une démotivation et des sentiments de frustration, en particulier lorsque les conditions de travail se détériorent.

Les problèmes de santé les plus fréquemment observés sont les troubles du sommeil, les troubles de l'appétit ou digestifs, la fatigue, les TMS, les problèmes cardio-vasculaires, les syndromes anxio-dépressifs voire même, dans certains cas, la dépression. Les phénomènes de somatisation maintes fois soulignées dans d'autres recherches peuvent être invoqués. Nos observations coïncident avec les résultats d'enquêtes sur les conditions du travail (dossiers de la DARES).

La plupart des individus rencontrés (82,5 %) suivent un traitement psychotrope (anxiolytique et/ou antidépresseur). Et 62,1 % des sujets étudiés dans cette recherche ont sollicité une aide psychothérapeutique en complément du dispositif « souffrance au travail ». L'étude effectuée dans le centre de consultation de pathologie professionnelle de Nancy mentionne que 70,4 % des personnes reçues déclarent suivre un traitement de type médicamenteux et/ou psychothérapeutique au moment de la consultation.

Plus d'un quart des personnes (29,1 %) présentent des antécédents psychiatriques connus. Ces résultats sont également proches de ceux issus de l'étude effectuée dans le centre de consultation de pathologie professionnelle de Nancy (leurs résultats indiquent 27 %). Ce chiffre, pour être interprété, devrait être comparé à la population globale des adultes en âge de travailler.

Les répercussions du vécu douloureux des personnes sont importantes pour elles-mêmes, nous venons de les décrire, mais aussi pour l'entreprise et la société.

L'état de santé des personnes décrit ci-dessus nécessite pour 74,5 % d'entre elles un arrêt maladie constaté au moment de la première consultation psychologique (l'étude mentionnée plus haut en dénombre 83,2 %).

En fin d'accompagnement (et ce malgré une amélioration pour 60,2 % des personnes de leur état de santé par rapport au début du suivi), 40 % du total des personnes sont encore dans la situation de retrait temporaire du contexte professionnel et la plupart se trouvent toujours en arrêt maladie. Au vu

de ces chiffres, il est inutile de rappeler la nécessité d'agir sur la problématique de la souffrance au travail.

Pour 32,2 % des personnes, la rupture avec leur environnement de travail est définitive en fin d'accompagnement. Pour la grande majorité des personnes dans cette situation, il s'agit d'un licenciement, seulement 5 personnes ont démissionné. Pour 83,3 % la cause « officielle » du licenciement est l'inaptitude médicale à tous poste de l'entreprise.

Les psychologues estiment, d'après les restitutions des personnes, que pour 56,8 % de l'effectif la situation professionnelle s'est soit dégradée ou n'a pas évolué entre les premiers entretiens et la fin du suivi.

La durée d'accompagnement psychologique dans le dispositif ne permet pas toujours de connaître l'issue définitive de la situation des personnes (pour environ 50 % des personnes elle représente moins de 4 mois). Aussi, le nombre de mutations et de changements de poste indiqué (25,2 %), ainsi que le nombre de changements d'organisation mentionné (8 %) reste approximatif. Il en est de même pour les projets de réorientation (17,6 %). Nous savons qu'au moins 24 des personnes rencontrées ont effectivement changé de métier durant l'accompagnement psychologique dans le dispositif.

Seulement 28,2 % des personnes déclarent que leurs difficultés professionnelles n'ont pas de conséquences matérielles et n'empiètent pas sur les autres sphères de vie. 60,2 % de l'effectif mentionnent des répercussions familiales et/ou matérielles et 11,6 % se plaignent d'autres conséquences (comme l'isolement social).

En étudiant ces résultats on comprend aisément que, outre le coût important pour l'individu et pour les organisations (coûts directement lié aux absences et au turnover et indirectement à la perte potentielle de qualité, à une dégradation de l'image etc.), la problématique du stress et de la souffrance au travail engendre des conséquences non négligeables également pour la société. Elle est estimée, selon plusieurs études, à hauteur de 10 à 20 % des dépenses de la branche accidents du travail / maladies professionnelles de la sécurité sociale (étude réalisée par l'INRS en 2000).

Après avoir présenté nos observations cliniques, exposé et discuté les résultats descriptifs, nous allons maintenant tenter de répondre aux questions en lien avec notre hypothèse générale.

Notre recherche, rappelons le, vise à étudier :

- les origines de la souffrance exprimée par les personnes reçues en consultation et l'évolution de leur relation du travail (spécifiée par le contrat psychologique),
- le processus de violation du contrat psychologique,
- les conséquences (ou les incidences) de la rupture du contrat psychologique lorsqu'elle est perçue comme une violation :
 - ⇒ sur l'état de santé (physique et mental),
 - ⇒ sur la relation d'emploi,
 - ⇒ sur la représentation du travail,
 - ⇒ sur les activités de personnalisation,

Nous analysons aussi l'évolution de l'état de santé des personnes et de leur situation professionnelle ainsi que le changement potentiel de leur rapport au travail durant la période d'accompagnement dans le dispositif du CHU. Rappelons que notre recueil des données s'est effectué en deux temps : le premier recueil a été réalisé lors des entretiens d'évaluation, en début de suivi psychologique individuel dans le dispositif et le deuxième en fin d'accompagnement.

Dans les chapitres qui suivent, nous allons présenter et interpréter les résultats relatifs à ces différents niveaux d'investigation. Les données ont été traitées statistiquement (comme nous l'avons précisé plus haut).

CHAPITRE VII
La formation du contrat
psychologique et les causes
de sa rupture

Nous allons examiner dans ce chapitre les origines de la souffrance exprimée par les personnes reçues en consultation en lien avec l'évolution de leur relation de travail spécifiée par le contrat psychologique.

Pour cela, nous analyserons plus particulièrement :

- les caractéristiques de la relation d'emploi qui précède la détérioration à la fois des conditions et des relations de travail. Nous nous intéressons plus précisément à la phase durant laquelle la construction du contrat psychologique s'achève.
- les modifications dans le contexte professionnel rencontrées qui sont potentiellement à l'origine de cette dégradation et qui représentent des causes de rupture du contrat psychologique.

VII-1. CARACTERISTIQUES DE LA RELATION D'EMPLOI INITIALE DANS L'ORGANISATION

Nous nous intéressons dans ce paragraphe à la perception que le salarié (ou l'agent) a de sa relation d'emploi et à son engagement organisationnel. Cela avant qu'il ne connaisse des difficultés professionnelles. Les psychologues ont évalué cette relation du travail à partir des verbalisations des personnes reçues en entretien.

VII-1.1. LA PERCEPTION QU'A LE SALARIE DE SON EXPERIENCE INITIALE DANS L'ENTREPRISE

Il nous semble que l'effet de la rupture du contrat psychologique est ressenti de façon plus forte lorsque la relation d'emploi a été initialement (au cours de la construction du contrat psychologique) basée sur la confiance et des conditions de travail jugées bonnes.

Aussi, pour répondre à cette hypothèse, nous avons voulu connaître la perception des sujets à propos de cette première expérience dans l'organisation.

Les résultats montrent que 60,1 % des personnes étudiées estiment que leur relation d'emploi était initialement basée sur des sentiments de confiance, de considération et de respect mutuels. Et 72,8 % de notre effectif percevait recevoir un fort soutien social.

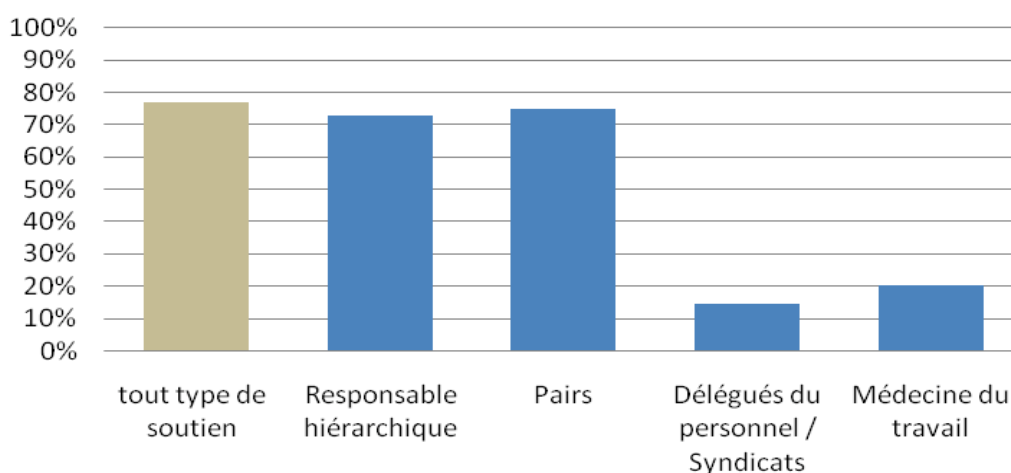


Figure 24 - Provenance du soutien social perçu

Le tableau ci-dessus nous indique que, durant la phase qui précède leurs difficultés professionnelles, 76,7 % des personnes se sentent soutenues par leur entourage professionnel proche (par leurs collègues pour 74,7 %, par leurs responsables hiérarchiques pour 72,8 % d'entre elles).

Dans un premier temps, plus ou moins long, la relation d'emploi est basée pour beaucoup des personnes vues en consultation sur des rapports de confiance.

VII-1.2. LIEN ENTRE L'ANCIENNETÉ DANS L'ORGANISATION ET LA PERCEPTION PAR LA PERSONNE DE CETTE EXPERIENCE INITIALE

Le sentiment de confiance, tout comme le sentiment de soutien social perçu, varie selon l'ancienneté des personnes dans leur entreprise.

		Ancienneté dans l'entreprise		Total
		Inférieure ou égale à 5 ans	Supérieure à 5 ans	
Sentiment de confiance perçu	non	20	20	40
	oui	19	43	62
	Total	39	63	102

Tableau 14 - Le sentiment de confiance perçu en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise

A la lecture de ce tableau, on constate que les personnes ayant une ancienneté supérieure à 5 ans perçoivent significativement plus de confiance dans leur relation d'emploi durant la phase qui précède leurs difficultés professionnelles.

Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre la variable ancienneté dans l'entreprise et la variable sentiment de confiance perçu. ($X^2(1)=3.857$, $p=0.05$, V de Cramer =.194, $p=0.05$, effet de 3%).

		Ancienneté dans l'entreprise		Total
		Inférieure ou égale à 5 ans	Supérieure à 5 ans	
Soutien social perçu	non	13	10	23
	oui	26	53	79
	Total	39	63	102

Tableau 15 - Le soutien social perçu en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise

Le tableau ci-dessus nous montre que plus les personnes ont de l'ancienneté dans l'entreprise, plus elles perçoivent de soutien social. Ici également, le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(1)=4.205$, $p=0.04$, V de Cramer =.203, $p=0.04$, effet de 3.5%).

Y a-t-il un lien entre ces deux variables (sentiment de confiance perçu (i) et soutien social perçu (ii)) et l'ancienneté au poste ? Les résultats ne sont guère probants. Les tests du Khi-deux d'indépendance ne montrent pas de liens significatifs (i : $X^2(1)=1.433$, $p=0.231$; ii : $X^2(1)=2.252$, $p=0.133$).

VII-1.3. L'INVESTISSEMENT AU TRAVAIL

Les verbalisations recueillies lors des entretiens cliniques, nous laissent penser que les personnes qui se sentaient en confiance, considérées, respectées et soutenues dans leur relation d'emploi se sont fortement investies dans leur organisation.

C'est ce que nous avons souhaité vérifier statistiquement.

		fort investissement dans l'organisation		Total
		non	oui	
Sentiment de confiance perçu	non	10	31	41
	oui	5	57	62
	Total	15	88	103

Tableau 16 - Sentiment de confiance perçu selon le degré d'investissement dans l'organisation

Les résultats ci-dessus nous montrent que les sujets qui se sentent en confiance, témoignent effectivement aussi d'un fort investissement dans l'entreprise. Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(1)=5.287$, $p=0.021$, V de Cramer=0.227, $p=0.021$, effet de 5%)

		Fort investissement dans l'organisation		Total
		non	oui	
Soutien social perçu	non	9	15	24
	oui	6	73	79
	Total	15	88	103

Tableau 17 - Soutien social perçu selon le degré d'investissement dans l'organisation

La tendance est encore plus forte, concernant le soutien social perçu. Les personnes se sentant soutenues sont également les plus investies. Le test du Khi-deux d'indépendance révèle un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(1)=13.231$, $p<0.001$) qui est validé par le test exact de Fisher (F de Fisher. $p<0.001$).

Les qualificatifs qui prédominent pour décrire cette phase de leur relation d'emploi (avant sa détérioration), tels qu'ils ont été relevés lors des entretiens psychologiques, sont les suivants : engagement, éthique, ambitions et promesses d'évolution de carrière, conscience professionnelle, reconnaissance et considération de la part de l'employeur, climat de confiance, solidarité.

Comme indiqué dans la partie descriptive, 31 des personnes (30,4 %) étudiées estiment que leur parcours professionnel, dans leur entreprise ou administration actuelle, s'est traduit par une évolution de carrière positive.

		Parcours professionnel vécu comme une évolution positive		Total
		non	oui	
Fort investissement dans l'organisation	non	13	1	14
	oui	58	30	88
	Total	71	31	102

Tableau 18 - Investissement organisationnel en fonction du parcours professionnel dans l'organisation vécu (ou non) comme une évolution positive

Le tableau nous montre que, parmi les personnes considérant que leur parcours professionnel dans leur organisation est positif, la quasi totalité témoigne d'un fort investissement. Mais les sujets qui ne perçoivent pas leur parcours professionnel positivement ont également tendance à s'investir fortement. Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(1)=4.146$, $p=0.042$) qui est validé par le test exact de Fisher (V de Cramer= 0.202 , $p=0.042$, effet de 4%).

Le fort investissement dans l'organisation est une caractéristique commune à la majorité des personnes (85,4%).

VII-1.4. TYPE D'ENGAGEMENT ORGANISATIONNEL

Les témoignages des personnes accompagnées dans le dispositif du CHU nous laissent supposer que les personnes qui se sentent en confiance, considérées, respectées et soutenues dans leur relation d'emploi témoignent davantage d'un engagement organisationnel de type affectif que les autres.

Dans notre analyse, nous nous sommes appuyés sur la typologie de Meyer & Allen (1991) (cf. chapitre III) qui définit 3 types d'engagement organisationnel que nous rappelons brièvement:

- l'engagement organisationnel affectif se développe lorsque les expériences de travail des salariés sont conformes à leurs attentes. Shore et Birksdale (1998) postulent que lorsque l'échange des obligations mutuelles est perçu comme étant équilibré, l'implication vis-à-vis de l'organisation est plus affective ;
- l'engagement organisationnel moral (ou normatif), l'attachement émane dans ce cas d'un sentiment d'obligation éthique et de réciprocité de l'employé envers son organisation ;

- l'engagement de nécessité (ou de continuité) qui se construit progressivement à travers la prise de conscience « des bénéfices accumulés » et l'absence d'alternatives à la relation de travail.

Dans notre échantillon, 31,4 % des personnes témoignent plutôt d'un engagement organisationnel affectif, pour 41,2 % il est plutôt de type moral et pour 27,4 % l'engagement organisationnel est surtout de nécessité.

Les tests du Khi-deux d'indépendance effectués ne montrent pas de lien significatif entre le type d'engagement organisationnel et le sentiment de confiance (i) ou le soutien social perçu (ii) (i : $X^2(1)=0.039$, $p=0.844$; ii : $X^2(1)=0.012$, $p=0.912$). Nos observations cliniques ne sont donc pas validées statistiquement.

La stabilité de l'emploi n'est pas assurée dans le secteur privé comme dans le secteur public. Aussi, nous avons voulu savoir si la répartition par type d'engagement professionnel est similaire dans les deux secteurs.

Ici aussi, le test du Khi-deux d'indépendance n'a pas révélé de lien significatif entre le type dominant d'engagement professionnel et le secteur d'activité ($X^2(1)=1.276$, $p=0.258$). Nous ne pouvons donc pas prétendre que la répartition du type d'engagement varie selon les deux secteurs.

VII-1.5. TYPE DE CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

Il faut rappeler ici que de nombreux auteurs partent de l'hypothèse qu'il existe un lien moral entre le salarié et l'employeur, un contrat psychologique qui est réglé par « l'éthique ». Ce contrat psychologique correspondrait à un équilibre entre contributions (efforts, loyauté, fidélité, investissement, fiabilité, savoirs, etc.) et rétributions (récompenses, sécurité, statut social, évolution de carrière, reconnaissance, etc.).

Morrison et Robinson (1997) identifient parmi les facteurs qui interviennent dans la construction du contrat psychologique les expériences antérieures de travail. Ces expériences influenceraient à la fois l'interprétation et les comportements (cf. chapitre III).

Nous avons retenu pour notre étude la typologie de Morrison et Robinson (1997) (cf. chapitre III). Les auteurs distinguent deux types de contrats psychologiques : le contrat transactionnel et le contrat relationnel.

Une large majorité des personnes qui constituent l'échantillon de notre étude ont un contrat initial de type relationnel avec leur organisation (87,7 %). Il est, selon ces auteurs, caractérisé par une forte implication, un fort engage-

ment et il repose sur une compréhension subjective et implicite de la relation d'emploi. Celle-ci est fondée principalement sur la confiance.

Nous avons voulu étudier le lien entre le type de contrat psychologique des personnes et :

- d'une part, la qualité perçue de leur relation de travail appréhendé à travers les sentiments de confiance, de considération et de respect mutuels,
- et d'autre part, le soutien social perçu de ces mêmes personnes.

Les résultats n'indiquent pas de lien entre le type de contrat psychologique et la qualité perçue de leur relation de travail. Les tests statistiques sont non significatifs ($X^2(1)=2.366$, $p=0.241$).

Concernant le lien entre le type de contrat psychologique et le soutien social perçu, les résultats sont différents :

		Soutien social perçu		Total
		non	oui	
Type de contrat psychologique initial	relationnel	12	73	85
	transactionnel	7	5	12
	Total	19	78	97

Tableau 19 - Influence du type de contrat psychologique sur le soutien social perçu

Le tableau ci-dessus indique que les personnes qui ont un contrat de type relationnel avec leur employeur (ou celui qui le représente) perçoivent davantage de soutien social que celles dont le contrat est transactionnel. Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(1)=13.052$, $p<0.001$) qui est validé par le test exact de Fisher (V de Cramer=0.367, $p<0.001$, effet de 13,5%).

Dans le but de confronter nos observations cliniques aux résultats statistiques, nous avons également voulu savoir si les personnes ayant beaucoup d'ancienneté dans leur entreprise développent plutôt un contrat psychologique de type relationnel avec leur employeur (i) et si la répartition des types de contrat psychologique (transactionnel et relationnel) est la même pour les deux secteurs d'activités (public/privé) (ii).

De même, nous avons testé le lien entre le sentiment d'un parcours professionnel marqué par une évolution de carrière positive et le type de contrat relationnel (iii).

Les résultats des tests statistiques effectués pour répondre à ces questions (i, ii, iii) se sont tous révélés non significatifs et ne valident donc pas nos hypothèses. (i: $X^2(1)=2.366$, $p=0.241$; ii: $X^2(1)=0.161$, $p=0.689$; iii: $X^2(1)=0.157$, $p=0.692$).

Toujours dans le but de confronter nos constats issus des entretiens cliniques aux résultats statistiques, nous avons également voulu savoir si les personnes ayant beaucoup d'ancienneté dans leur entreprise développent plutôt un contrat psychologique de type relationnel avec leur employeur et si la répartition des types de contrat psychologique (transactionnel et relationnel) est la même pour les deux secteurs d'activités (public/privé).

De même nous avons testé le lien entre le sentiment d'un parcours professionnel marqué par une évolution de carrière positive et le type de contrat relationnel.

Ici aussi, les résultats des tests statistiques effectués pour répondre à ces questions se sont tous révélés non significatifs et ne coïncident donc pas avec nos observations cliniques.

VII-2. DEGRADATION DES CONDITIONS ET RELATIONS DE TRAVAIL A TRAVERS LA RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

VII-2.1. DIFFERENTS ELEMENTS DE DEGRADATION

Nous avons dans un premier temps cherché à identifier les différents éléments recueillis au travers des plaintes exprimées qui traduisent une dégradation des conditions et des relations de travail.

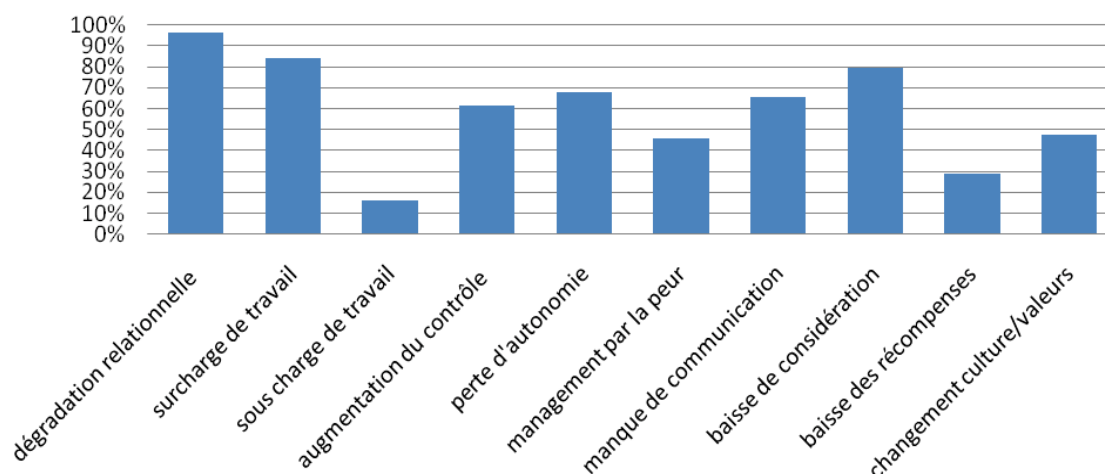


Figure 25 - Eléments de dégradation des conditions et relations du travail

Les résultats montrent une répartition entre ces éléments relativement homogène. On constate, à partir des verbalisations, qu'une dégradation relationnelle est quasi omniprésente dans le récit des personnes (96,1 %). Les observations cliniques témoignent souvent d'un cumul de tous ces éléments.

VII-2.2. COMPARAISON DES SECTEURS D'ACTIVITES (PRIVE/PUBLIC)

Compte tenu du nombre de personnes issues de la fonction publique relativement élevé en comparaison avec d'autres études (cf. en particulier l'étude réalisée à la faculté de médecine de Nancy en 2010 mentionnée plus haut : 14,5 % contre 29,1 % dans la notre), nous avons souhaité comparer les acteurs du secteur privé avec les acteurs du secteur public afin de savoir si les deux secteurs connaissent des dégradations des conditions et relations de travail similaires.

Parmi les éléments analysés (dégradation relationnelle, charge de travail, augmentation du contrôle, perte d'autonomie, management par la peur, manque de communication, baisse de considération, baisse de récompenses, changement des valeurs de la culture d'entreprise), seulement deux montrent une différence d'apparition significative selon le secteur d'activité (public/privé). Il s'agit de la baisse de considération et la baisse des récompenses.

VII-2.2.1. Sentiment de baisse de considération

		Sentiment d'une baisse de considération		Total
		absent	présent	
Secteurs d'activité	privé	11	62	73
	public	10	20	30
	Total	21	82	103

Tableau 20 - Sentiment de baisse de considération en fonction du secteur d'activité

Le sentiment d'une baisse de considération est proportionnellement plus présent chez les personnes travaillant dans le secteur privé. Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(1)=4.370$, $p=0.037$, V de Cramer=0.206, $p=0.037$, effet de 4%).

VII-2.2.2. Sentiment de baisse des récompenses

		Sentiment d'une baisse des récompenses		Total
		absent	présent	
Secteurs d'activité	privé	47	26	73
	public	26	4	30
	Total	73	30	103

Tableau 21 - Sentiment de baisse des récompenses en fonction du secteur d'activité

On constate à la lecture du tableau que le sentiment d'une baisse des récompenses est plus faible chez les personnes travaillant dans la fonction publique. Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(1)=5.114$, $p=0.024$, V de Cramer=0.223, $p=0.024$, effet de 5%).

Nos résultats mettent en exergue que (hormis les sentiments de baisse de considération et des récompenses) il n'y a pas de différence significative entre le secteur public et le secteur privé. Nous pouvons donc affirmer que la dégradation des conditions et relations de travail est ressentie par les personnes de façon identique et aussi forte dans les deux secteurs d'activités.

Dans les paragraphes qui suivent, nous allons examiner les changements qui sont intervenus dans le contexte professionnel des personnes de

notre échantillon, car nous pensons que ces transformations provoquent en partie les dégradations mentionnées ci-dessus qui, par voie de conséquence, influent sur la relation d'emploi.

VII-3. LES MODIFICATIONS DES STRUCTURES ET DES CONTEXTES PROFESSIONNELS

Nous postulons que les contextes concurrentiels actuels et les conditions de travail qui en découlent (restructurations, changements organisationnels, objectifs de rentabilisation et souvent pertes de ressources et d'effectifs, avec des changements de métiers et une augmentation de la charge de travail) sont en grande partie à l'origine du phénomène de rupture du contrat psychologique. C'est ce que nous avons cherché à mieux appréhender dans notre étude.

Ici aussi, nous avons identifié, dans les situations analysées, les différentes modifications intervenues.

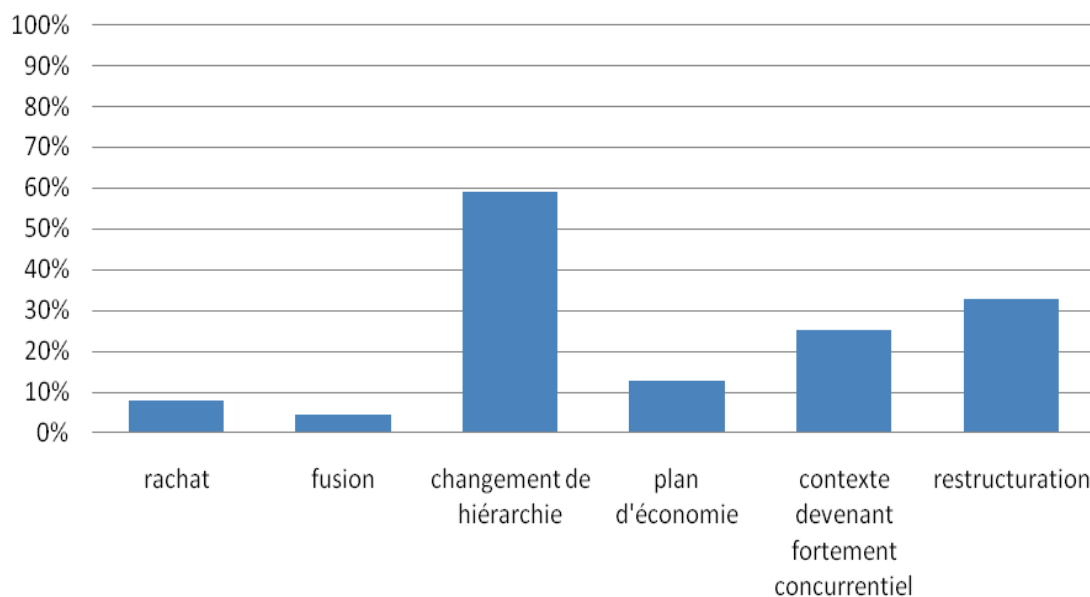


Figure 26 - Transformations dans le milieu professionnel

Au total, 85,4 % des personnes étudiées ont connu des transformations dans leur environnement de travail. Les sujets mentionnent souvent des restructurations (32,9 %), des contextes qui deviennent très concurrentiels (25,3 %) ou encore des plans d'économie (12,6 %). Plus de la moitié des personnes ont connu un changement de hiérarchie (59,1 %).

Dans ce paragraphe nous avons cherché à savoir si l'on trouve les mêmes types de modifications dans les secteurs privé et public.

Pour répondre à cette question, nous avons donc étudié les différences entre les deux secteurs d'activités. Nous avons comparé nos résultats pour chacune des transformations identifiées. Il s'agit des modifications constatées ci-dessus (rachat/privatisation, fusion, plan d'économie avec réduction d'effectif, contexte devenant fortement concurrentiel, restructurations/ changement d'organisation, changement de hiérarchie).

Aussi, nous avons étudié statistiquement les liaisons entre les différentes transformations et les secteurs d'activité. Nos résultats n'ont révélé aucun lien significatif entre ces différentes variables. Nous pouvons donc conclure qu'il y a autant de changements dans le secteur public que dans le secteur privé et qu'il n'y a pas de transformations spécifiques pour l'un ou l'autre secteur d'activité.

VII-4. MODIFICATIONS DES CONTEXTES PROFESSIONNELS, DEGRADATION DES CONDITIONS DU TRAVAIL ET RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

Pour confronter nos résultats à nos observations cliniques et à notre hypothèse, nous allons tenter de répondre aux questions suivantes :

- Peut-on établir un lien entre les modifications qui interviennent dans le contexte professionnel et la dégradation des conditions du travail rapportée par les sujets ?
- Et, par conséquent, prétendre que ces changements représentent une cause principale de rupture du contrat psychologique ?

Les analyses statistiques que nous avons effectuées dans le but de répondre à ces questions, n'indiquent aucun lien significatif entre la dégradation des conditions de travail et les différentes modifications du contexte professionnel. Les changements qui interviennent dans l'environnement du travail (détaillés dans le paragraphe précédent) ne peuvent donc pas être interprétés comme étant des causes directes de la rupture du contrat psychologique.

Les observations issues de nos entretiens nous permettent de considérer que les différents éléments de dégradation des conditions ou relations de travail rencontrés ont fragilisé l'équilibre initial de l'échange entre les contribu-

tions (du salarié ou de l'agent) et les rétributions (de l'organisation) et constituent donc des éléments de rupture du contrat psychologique.

D'après Morrison et Robinson (1997) (cf. chapitre III), pour que l'employé perçoive une rupture du contrat psychologique, deux conditions sont nécessaires :

- l'employé a le sentiment qu'une ou plusieurs promesses n'ont pas été tenues,
- l'employé considère avoir tenu ses promesses vis-à-vis de son employeur et estime qu'il y a un déséquilibre entre rétributions et contributions.

Nous considérons que le fort investissement dans l'entreprise, dont témoignent rappelons le 85,4 % des personnes étudiées, correspond à une contribution importante du salarié à la dynamique de son organisation.

Dès lors, on peut prétendre que la perception d'une perte de l'autonomie, le sentiment d'une baisse de considération ou des récompenses, une augmentation du contrôle exercée par l'organisation qui constituent des éléments de dégradation des conditions et relations de travail présents dans 96,1 % des situations étudiées, traduisent une diminution de la rétribution de la part de l'entreprise par rapport à la contribution du salarié.

Les résultats statistiques descriptifs exposés plus haut montrent que nous nous trouvons, dans les situations étudiées, face à un déséquilibre entre rétributions et contributions.

Nous constatons que, dans une majorité des situations, les personnes ont le sentiment qu'une ou des promesses n'ont pas été tenues dans leur environnement de travail mais, qu'elles considèrent avoir tenu leurs promesses.

VII-5. SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES RESULTATS

Les résultats nous montrent qu'une majorité des personnes sollicitant l'aide du dispositif « souffrance au travail » ont connu avant la rencontre de leurs difficultés, une relation de travail qu'elles jugent « de qualité », basée sur des sentiments de confiance, de considération et de respect mutuels (60,1 %) accompagnée d'une perception d'un fort soutien social (72,8%) notamment de la part des collègues et de la hiérarchie.

Les résultats indiquent que les sujets perçoivent peu de soutien social de la part de la médecine du travail, des délégués du personnel ou des syndicats. Ceci peut s'expliquer par le fait que les personnes n'avaient pas, lors de

cette phase, ressenti le besoin de solliciter l'aide de ces acteurs. Ce qui confirme nos constats et nos premiers résultats, la majorité des personnes ont connu dans leur organisation une (première) expérience positive.

Nous avons aussi pu mettre en évidence qu'une ancienneté dans l'entreprise relativement longue (supérieure à 5 ans) a tendance à renforcer les effets observés. Ici aussi, les résultats confirment les observations cliniques.

Nous avons démontré le lien entre le sentiment de confiance, de considération, de respect et de soutien et l'investissement dans l'organisation, toujours durant la phase précédant leurs difficultés professionnelles. Et les résultats nous montrent que les personnes considérant que leur parcours professionnel dans leur organisation est positif témoignent aussi d'un fort investissement dans leur organisation. Si nous nous référons aux théories proposées par la psychodynamique du travail que nous décrivons dans le chapitre II, nous concluons que, durant un laps de temps (plus ou moins long) le travail a été pour les personnes reçues dans le dispositif « opérateur privilégié de santé ». Plus précisément, pour s'investir fortement dans leur activité professionnelle, les personnes sont parvenues à s'accomplir personnellement dans leur travail, à y trouver du sens et du plaisir, et à ressentir une reconnaissance de leur contribution par les pairs et/ou par leur hiérarchie. Il s'agit d'éléments essentiels pour la construction de l'identité et donc pour l'équilibre psychologique du sujet (Dejours, 1995b).

Ceci nous permet de penser que dans les relations d'emploi étudiées, l'échange entre les contributions (des salariés) et les rétributions (des organisations) fut équilibré dans un premier temps plus ou moins long. Cette idée « d'équilibre » est renforcée par les observations cliniques. Les personnes semblent s'investir (voire se surinvestir) du fait :

- d'une cohérence entre leurs valeurs et celles de l'organisation,
- d'un fort sentiment de considération,
- d'un bon climat de travail,
- de perspectives d'évolution.

Les résultats indiquent, en effet, que 85,4 % des personnes étaient fortement investies dans leur organisation.

A la vu des résultats décrits ci-dessus, il n'est pas surprenant de constater que dans une large majorité des situations étudiées (87,7 %), la relation d'emploi consiste en un contrat psychologique de type relationnel. Rappelons que, selon la typologie proposée par Morrisson et Robinson (1997), le contrat psychologique de type relationnel repose essentiellement sur la confiance et la loyauté mutuelle. Il est aussi caractérisé par une forte implication, un fort en-

gagement du salarié et de l'employeur (loyauté contre sécurité d'emploi) souvent sans limite de durée. Selon ces mêmes auteurs, le degré de mutualité et d'interdépendance est important dans ce type de contrat. Ce que nos résultats statistiques tendent à confirmer. Ils démontrent, notamment, un lien entre le contrat de type relationnel et la perception d'un fort soutien social.

L'engagement organisationnel des personnes que nous avons étudiées confirme les résultats mentionnés ci-dessus. :

- 31,4 % des personnes témoignent d'un engagement organisationnel affectif. Ce qui sous-entend que l'échange des obligations mutuelles est perçu comme étant équilibré (Shore et Birksdale, 1998). Ce qui correspond à ce que nous venons de démontrer ci-dessus.
- Pour 41,2 % des personnes l'engagement organisationnel est de type moral ce qui traduit un sentiment d'obligation éthique et de réciprocité de l'employé envers son organisation (Meyer & Allen, 1991), également illustré plus haut.

Les comparaisons que nous avons effectuées entre les différents secteurs d'activité (public/privée) selon les différents types d'engagement organisationnel et de contrat psychologique ne montrent pas de différences significatives. Ce qui peut expliquer que, parmi les personnes constituant notre échantillon, l'expérience initiale dans l'organisation (essentielle dans la construction du contrat psychologique) semble être vécue identiquement. Nous ne constatons pas de différences entre le ressenti des salariés du secteur privé ou des agents de la fonction publique.

Si l'on se réfère aux études menées par Rousseau (2001) et aux travaux de De Vos, Buyens et Schalk (2003), le schéma mental correspondant à la relation d'emploi des salariés se forme essentiellement durant la première année passée dans l'organisation. Lors de cette phase d'intégration, de formation du contrat psychologique, leur schéma mental est soumis « au test de la réalité ». Selon ces auteurs, après ce test, qui engendre un ajustement de la part des employés des obligations perçues (De Vos & al, 2003), « leur représentation de la relation d'emploi est figée et devient extrêmement résistante au changement ».

Il est donc probable que les personnes reçues en consultation psychologique, aient intériorisé ces « bonnes » expériences professionnelles vécues dans leur organisation et que celles-ci soient devenues une référence pour elles. C'est-à-dire une norme qui aura servi à interpréter les expériences suivantes.

Les observations cliniques dévoilent que les différents éléments de dégradation des conditions ou relations de travail ont fragilisé l'équilibre initial de l'échange entre les contributions (du salarié ou de l'agent) et les rétributions (de l'organisation) et constituent donc des éléments de rupture du contrat psychologique. La dégradation des relations de travail est quasi-omniprésente dans le vécu des personnes étudiées. Un conflit interpersonnel, dont la violence s'amplifie, est souvent décrit comme étant l'évènement déclencheur et il est fréquemment interprété par le sujet comme étant du harcèlement moral. Cependant le travail d'analyse que nous avons réalisé avec les personnes dans nos consultations permet de comprendre que, bien souvent, le conflit n'est qu'une conséquence d'un phénomène multi-causal. Nous pensons que d'autres facteurs ont perturbé l'accomplissement de leurs tâches et/ou changé la perception de leur relation d'emploi.

Les facteurs ou les modes de dégradation des conditions de travail, que nous avons identifiés grâce au travail d'analyse des dossiers (cf. chapitre V) et que nous avons intégrés dans notre questionnaire, correspondent aux risques psychosociaux décrits dans la littérature scientifique.

Nous avons confronté ces facteurs (de dégradation des conditions de travail) repérés dans nos entretiens à la classification des risques psychosociaux proposée par la DARES (2010).

Classification de risques psychosociaux (DARES, 2010)	Éléments de dégradation des conditions de travail (identifiés dans notre étude)	Nombre de personnes se plaignant des dégradations (en %)
<i>Exigences liées au contenu de la tâche</i> (quantité de travail, pression temporelle, complexité du travail)	Surcharge de travail	84,2
	Sous-charge de travail	15,8
<i>Exigences émotionnelles</i> (relation au public, contact avec la souffrance, peur au travail)	Management par la peur	45,6
<i>Autonomie, marges de manœuvre</i> (+ utilisation et développement des compétences, participation aux décisions)	Augmentation du contrôle	61,1
	Perte d'autonomie	67,9
<i>Rapport sociaux, relation de travail</i> (soutien social, violence, harcèlement moral, leadership)	Dégradation relationnelle	96,1
	Manque de communication	65,7

Classification de risques psychosociaux (DARES, 2010)	Éléments de dégradation des conditions de travail (identifiés dans notre étude)	Nombre de personnes se plaignant des dégradations (en %)
<i>Conflits de valeurs (conflits éthique, la qualité empêchée)</i>	Baisse de considération, de reconnaissance	79,6
	Baisse des récompenses	29,1
	Changement des valeurs de la culture d'entreprise	47,5
<i>Insécurité de l'emploi</i>		

Tableau 22 - comparaison entre les éléments de dégradation relevés lors des entretiens et la classification des risques psychosociaux (DARES, 2010)

Si nous nous référons, pour analyser nos résultats, à cette classification on constate que les éléments de dégradation identifiés dans notre recherche se retrouvent dans presque chacune des différentes catégories des risques psychosociaux proposées par la DARES.

Nos résultats confirment aussi ceux de nombreuses études qui démontrent que l'on retrouve les mêmes risques psychosociaux dans les deux secteurs d'activités (privé et public). Avec tout de même deux nuances. Dans notre recherche, le sentiment de baisse de considération est proportionnellement plus présent dans le secteur privé et le sentiment de baisse des récompenses est quasiment absent dans la fonction publique. Ce qui peut s'expliquer, d'une part, par le fait que les agents de la fonction publique reçoivent une partie de leur considération et de leur reconnaissance par l'usager (contrairement au salarié du secteur privé qui puise davantage sa considération auprès de son employeur ou celui qui le représente) et d'autre part du fait d'un système de rémunération préétabli dans la fonction publique.

Nos résultats tendent aussi à valider l'hypothèse du modèle de Karasek (cf. chapitre II) qui postule que la combinaison d'une surcharge de travail et d'une faible autonomie correspond à un facteur de stress important. 84,2 % des personnes reçues dans le dispositif en accompagnement se plaignent d'une surcharge de travail. Et 67,9 % des personnes ressentent une perte d'autonomie associée à une augmentation du contrôle (61,1 %) de la part de la hiérarchie et à une dégradation relationnelle. De plus, les observations cliniques indiquent une baisse du soutien social perçu (troisième facteur prédictif de stress du modèle proposé par Karasek), notamment le soutien socio-émotionnel. Mais pour nous l'approche causaliste, qui permet certes de repérer certains facteurs de stress qui correspondent à la détérioration des condi-

tions de travail, n'est pas suffisante pour le travail d'analyse de ces facteurs. Elle ne permet pas d'accéder à la dynamique subjective que suscitent ces situations de travail ni d'en comprendre les conséquences psychologiques.

La dégradation des conditions de travail des personnes étudiées a des sources et des facteurs multiples et leur compréhension nécessite de prendre en compte cette dimension subjective. Ce ne sont pas les différents éléments pris indépendamment qui déstabilisent la relation d'emploi, mais leur combinaison et surtout leur interprétation. Ainsi par exemple, un manque d'effectif provoquant une surcharge de travail qui empêche de réaliser un travail de qualité ou d'atteindre les objectifs peut provoquer des conflits interpersonnels. Tout comme un changement du système de notation, la suppression d'avantages ou encore l'augmentation excessive du contrôle. Ce sont le cumul et l'interaction de ces faits, ainsi que leur signification pour les personnes qui viennent affecter les termes préalables de la relation d'emploi et qui représentent donc des causes potentielles de rupture du contrat psychologique entre l'employé et l'employeur.

Les résultats indiquent que, d'un côté, les personnes sont fortement investies, ce qui traduit une contribution importante du salarié ou de l'agent. Et, de l'autre côté, les sujets perçoivent soit une perte de l'autonomie, soit ils ressentent une baisse de considération ou des récompenses, soit ils ont la sensation de subir une augmentation du contrôle. Les verbalisations recueillies dévoilent que ces éléments sont perçus comme une baisse de la rétribution de la part de l'organisation.

Ainsi, nos résultats rejoignent ceux de Robinson et Rousseau (2007) qui montrent que, de plus en plus souvent, les organisations ont tendance à ne pas tenir les promesses et les obligations liées au contrat psychologique tel qu'il est perçu par le travailleur. Ce phénomène est mis en lumière, dans notre étude, par la dégradation des conditions et relations de travail notamment suite à des changements organisationnels.

Nos résultats démontrent que dans les situations analysées, les personnes rencontrent quasiment toujours des modifications du contexte du travail. Les changements les plus fréquents sont l'ouverture à la concurrence des contextes professionnels, des restructurations et des changements de la hiérarchie (dans plus de la moitié des cas). Nos résultats rejoignent également ceux des enquêtes nationales (enquête sur les Conditions du Travail menée en 2005, rapport de la DARES de 2009) qui démontrent que la fonction publique n'est plus épargnée, on y trouve tous types de changements et avec la même fréquence que dans le secteur privé.

Néanmoins d'après nos résultats, ces modifications dans le contexte du travail ne représentent pas des causes directes de la rupture du contrat psychologique. Mais elles peuvent influencer le processus d'interprétation et de signification de la situation par le « sujet individuel » (dimension subjective du déséquilibre éprouvé). Rappelons que, selon Morrison et Robinson (1997), la rupture se produit lorsqu'un employé perçoit que l'organisation n'a pas tenu une ou plusieurs obligations. Il s'agirait selon eux, de « l'évaluation cognitive de l'écart 'négatif' entre les obligations promises et les rétributions reçues ».

Les résultats que nous avons présenté ci-dessus soulignent la qualité de la relation d'emploi initiale telle que perçue par les personnes. Et ils mettent à jour l'importance du phénomène de détérioration de divers aspects des relations et conditions de travail dans les situations étudiées.

Nous avons mentionné plus haut l'importance du passé organisationnel qui constitue une référence pour la personne. Elle va interpréter les attitudes, les comportements et les demandes de l'employeur, sa stratégie organisationnelle et les rapports sociaux en fonction de la norme intériorisée. Cette norme équivaut, nous l'avons vu, dans la majorité des situations étudiées à un équilibre entre contributions et rétributions que les sujets avaient rencontré précédemment.

La perception que l'organisation « sous » réalise ses promesses (ou les rejette) provoque ce processus de comparaison et peut aboutir à la rupture du contrat psychologique dès lors que cette situation se répète. Ce qui est fréquemment le cas dans les situations étudiées. En effet, dans ces situations, les facteurs de dégradations des conditions matérielles, organisationnelles et des relations de travail se cumulent souvent et peuvent donc être perçues comme des promesses non tenues qui se répètent dans la durée.

Les observations cliniques mettent régulièrement à jour un surinvestissement au travail. Une attitude que l'on peut associer, lorsqu'elle est excessive, à un dépassement des obligations de l'employé envers son employeur (Van Dyne et Ellis, 2007, cf. Chapitre III). On peut supposer, dans ce cas, que la perception d'une promesse non tenue soit amplifiée et qu'à la rupture du contrat psychologique s'associe un sentiment de violation. C'est ce processus de violation qu'est l'objet du chapitre VIII.

CHAPITRE VIII
Les déterminants de la souffrance
et de l'altération de la santé
au travail : le processus de violation
du contrat psychologique

Dans le chapitre précédent nous avons montré à partir des constats issus de l'analyse des entretiens cliniques et des résultats statistiques que dans la majorité des situations source de souffrances, les personnes perçoivent un écart « négatif » entre les obligations promises et les rétributions reçues. Nous avons considéré que dans ces cas le contrat psychologique est rompu.

À présent nous nous intéressons aux effets de cette rupture du contrat psychologique sur la santé des personnes reçues en consultation.

Nous le rappelons, Morrison et Robinson (1997) ont établi une distinction entre la perception de la rupture, qui consiste en une comparaison cognitive entre ce qui a été reçu et ce qui a été promis et la perception de violation qui est une réaction émotionnelle qui peut accompagner la perception de la rupture (cf. chapitre III). Selon nous, c'est cette réaction affective qui est à l'origine de la détérioration de la santé, des troubles et malaises caractéristiques des personnes en situation de souffrance au travail.

Aussi, nous faisons l'hypothèse que les éléments de rupture du contrat psychologique n'ont pas d'effet direct sur la santé des personnes. C'est le sens qu'attribue la personne à cette rupture qui constitue une variable psychologique pertinente. C'est ce que nous allons examiner dans ce chapitre.

VIII-1. EFFETS DE LA RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE SUR LA SANTE

Pour mettre à l'épreuve notre hypothèse nous avons commencé par tester statistiquement le lien direct entre les données qui représentent les éléments de rupture du contrat psychologique et l'état de santé des personnes.

Parmi les indicateurs de santé (troubles physiques et psychologiques, prescription de psychotropes, arrêt de travail pour maladie) renseignés lors des évaluations, nous avons retenu, aux fins des analyses statistiques, la distinction suivante : état de santé psychique non altéré (pas de symptômes) et état de santé psychique détérioré (état anxio-dépressif ou dépression). Rappelons aussi que seulement 11 personnes (10,7 % du total de l'effectif) ne présentent pas de symptômes.

Nous avons examiné l'impact des différents éléments qui traduisent une dégradation des relations et conditions du travail (et qui sont à l'origine de la rupture du contrat psychologique, cf. chapitre III) sur l'état de santé morale des personnes.

Les analyses statistiques n'ont montré que deux liens significatifs.

		Augmentation du contrôle exercé par l'organisation		Total
		non	oui	
Etat de santé psychologique	Absence de symptômes	8	3	11
	Etat anxio-dépressif ou dépression	32	60	92
	Total	40	63	103

Tableau 23 - Etat de santé morale en fonction du contrôle exercé par l'organisation

Le test du Khi-deux d'indépendance met à jour un lien significatif entre la dégradation de l'état de santé psychologique et la perception d'une augmentation du contrôle exercé par l'organisation ($X^2(1)=5.956$, $p=0.015$). Ces résultats sont validés par le test exact de Fisher (Fisher 25% $p=0.018$, V de Cramer=0.24, $p=0.015$, effet de 6%).

		Sentiment d'une baisse de considération		Total
		non	oui	
Etat de santé psychologique	Absence de symptômes	5	6	11
	Etat anxio-dépressif ou dépression	16	76	92
	Total	21	82	103

Tableau 24 - Etat de santé morale en fonction du sentiment de considération

Comme pour la perception d'une augmentation du contrôle exercé par l'organisation, le test du Khi-deux montre un lien significatif entre la dégradation de l'état de santé et le sentiment d'une baisse de considération de la part de l'organisation $X^2(1)=5.956$, $p=0.015$, lien qui est validé par le test exact de Fisher (Fisher 25% $p<0.05$, V de Cramer=0.215, $p=0.029$, effet de 5%).

Ces résultats indiquent que la dégradation des relations et conditions de travail n'a que peu d'effets « directs » (ou mécaniques) sur l'état de santé des personnes.

Nous prétendons alors, que comme la rupture du contrat psychologique ne représente pas une cause unique de l'état de la santé altéré, d'autres facteurs rentrent en jeu dans l'apparition du phénomène de souffrance au travail. Nous allons vérifier cette hypothèse.

VIII-2. SENTIMENT DE VIOLATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ET SES EFFETS

VIII-2.1. LA SIGNIFICATION DE LA RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE

Nous retenons la définition de Morrison et Robinson (1997) (cf. chapitre III) : « le sentiment de violation est une réaction émotionnelle qui peut accompagner la perception de la rupture ». Rappelons que pour ces auteurs, cette réaction affective se traduit par des sentiments d'incompréhension, de frustration, d'injustice, d'amertume, d'indignation, parfois d'humiliation mais surtout par la perception d'avoir été trahi.

Grâce au travail clinique réalisé dans nos consultations, nous avons pu identifier ces sentiments « traités » par l'outil de recueil. Pour chaque personne et chaque situation nous avons relevé le sentiment prédominant. Les résultats sont les suivants.

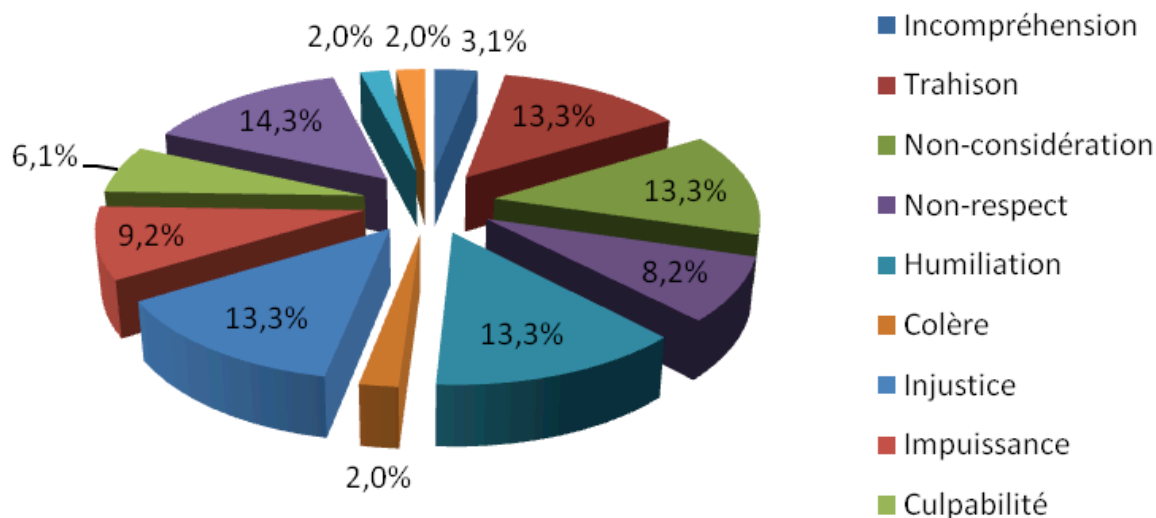


Figure 27 - Les réactions affectives : sentiments prédominants

Le tableau indique que parmi les sentiments exprimés au moment des entretiens d'évaluation, ceux qui prédominent sont les sentiments de trahison, de non-considération, d'humiliation (13,3 % pour chacun de ces sentiments identifiés), de peur (14,3 %), d'incompréhension et de colère (respectivement 3,1 % et 2 %) et d'impuissance (9,2 % de la population étudiée).

Les résultats montrent que les sentiments identifiés coïncident avec ceux qui sous tendent une perception de violation du contrat psychologique.

L'investigation de type clinique effectuée lors des entretiens en consultation, permet d'affirmer que dans 71.8 % des situations exposées les sujets perçoivent une violation du contrat psychologique. Sur le terrain de la consultation nous nous sommes appuyés sur la définition du processus de violation du contrat psychologique proposée par Morrison et Robinson (1997) (cf. chapitres I, III et V).

VIII-2.2. PERCEPTION DE VIOLATION DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE ET DETERIORATION DE L'ETAT DE SANTE

Nous nous intéressons dans ce paragraphe aux effets de la signification de la rupture du contrat psychologique (spécifié par le sentiment de violation) sur la santé morale.

		Etat de santé psychologique		Total
		Absence de symptômes	Etat axio-dépressif, dépression	
Perception de violation du contrat psychologique	non	8	21	29
	oui	3	71	74
	Total	11	92	103

Tableau 25 - Etat de santé psychologique en fonction de la perception de violation du contrat psychologique

Le tableau nous montre que les personnes présentant des symptômes anxiodépressifs ou de dépression, perçoivent généralement une violation du contrat psychologique. D'après les résultats du test du Khi-deux, cet effet est très significatif, $X^2(1)=12.095$, $p<0.001$. Le test exact de Fisher valide ces résultats (Fisher 25% $p=0.002$, V de Cramer=0.343, $p<0.001$, effet de 12%).

Compte tenu du fort lien entre la perception de violation du contrat psychologique et l'altération de l'état de santé psychique et morale, nous avons voulu savoir ce qui est susceptible d'influencer le processus d'interprétation qui intervient fortement dans la perception de la violation du contrat psychologique.

VIII-3. LES PROCESSUS D'INTERPRÉTATION

Les tests de liaison que nous avons effectués ne révèlent aucun lien significatif entre les différents changements qui interviennent dans le milieu du travail des personnes (identifiés plus haut) et la perception d'une violation du contrat psychologique.

Ces résultats s'accordent aux résultats précédents : les modifications qui interviennent dans le milieu professionnel ne représentent pas des causes « directes », immédiates, mécaniques ni de la rupture du contrat psychologique, ni de la perception de violation de ce contrat.

VIII-3.1. LES DEGRADATIONS DES RELATIONS ET CONDITIONS DE TRAVAIL

Dans ce paragraphe, nous avons voulu savoir, si les dégradations des relations et des conditions de travail (éléments de rupture du contrat psychologique) ont une influence sur la perception de la violation du contrat psychologique. Nous avons effectué différents tests statistiques que nous présentons ci-après.

		Sentiment d'une perte d'autonomie		Total
		non	oui	
Perception de violation du contrat psychologique	non	15	14	29
	oui	18	56	74
	Total	33	70	103

Tableau 26 - Sentiment de perte d'autonomie en fonction de la perception de violation du contrat psychologique

Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre la variable sentiment de perte d'autonomie et la variable perception de violation du contrat psychologique ($X^2(1)=7.184$, $p<0.01$, V de Cramer=0.264, $p<0.01$, effet de 7%)

		Sentiment d'une augmentation du contrôle exercé par l'organisation		Total
		non	oui	
Perception de violation du contrat psychologique	non	16	13	29
	oui	24	50	74
	Total	40	63	103

Tableau 27 - Sentiment d'une augmentation du contrôle exercé par l'organisation en fonction de la perception de violation du contrat psychologique

Il existe aussi un lien significatif entre le sentiment d'une augmentation du contrôle exercé par l'organisation et la perception de violation du contrat psychologique ($X^2(1)=4.536$, $p=0.033$, V de Cramer=0.210, $p=0.033$, effet de 4%).

		Perception de stratégies de management par la peur		Total
		non	oui	
Perception de violation du contrat psychologique	non	21	8	29
	oui	35	39	74
	Total	56	47	103

Tableau 28 - Perception de stratégies de management par la peur en fonction de la perception de violation du contrat psychologique

Le tableau montre que parmi les personnes qui perçoivent la mise en place de stratégies de management par la peur, celles qui perçoivent une violation de contrat psychologique sont plus nombreuses. Le lien est significatif ($X^2(1)=5.298$, $p=0.021$, V de Cramer=0.227, $p=0.021$, effet de 5%).

Les autres éléments de dégradation identifiés dans le chapitre précédent (la surcharge de travail, la sous charge de travail, le manque de communication, la baisse de considération, la baisse de récompenses, le changement des valeurs et le changement de la culture d'entreprise) ne montrent pas de lien significatif avec la perception de violation du contrat psychologique.

Ces résultats amènent à penser qu'il y a une influence de la dégradation des conditions de travail, éléments de rupture du contrat psychologique, sur la perception de violation du contrat psychologique.

Remarque

Le secteur d'activité (public, privé) n'a pas d'influence sur la perception de violation du contrat psychologique. Les calculs d'indépendance obtenus

n'indiquent pas de lien significatif ($X^2(1)=0.561$, $p=0.454$). Les réactions affectives associées au sentiment d'une rupture du contrat psychologique ne différencient pas les agents de la fonction publique des salariés du secteur privé.

VIII-3.2. LA QUALITE DE LA RELATION D'EMPLOI INITIALE (AVANT LA PERCEPTION DE RUPTURE)

Comme nous l'avons montré dans le chapitre précédent, le vécu professionnel dans l'entreprise sert de référence dans ce processus d'interprétation. Il s'agit des valeurs et normes sur lesquelles la relation d'emploi est basée initialement que Morrison et Robinson (1997) dénomment le contrat social prédominant (cf. chapitre III).

Nous postulons que le sentiment de violation du contrat psychologique est plus fréquent chez les personnes qui estiment que la relation d'emploi (avant la rupture) était équilibrée, lorsqu'elle se fondait sur la confiance et qu'elle s'accompagnait d'un fort investissement de la part du sujet envers son organisation.

		Sentiment de confiance perçu		Total
		non	oui	
Perception de violation du contrat psychologique	non	17	12	29
	oui	24	50	74
	Total	41	62	103

Tableau 29 - Sentiment de confiance en fonction de la perception de violation du contrat psychologique

Le tableau ci-dessus indique qu'il y a proportionnellement plus de personnes qui estiment subir une violation du contrat psychologique parmi celles qui se sentaient initialement en confiance dans leur relation d'emploi. Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif ($X^2(1)=5.964$, $p=0.015$, V de Cramer=0.241, $p=0.015$, effet de 6%).

		Fort investissement dans l'organisation		Total
		non	oui	
Perception de violation du contrat psychologique	non	9	20	29
	oui	6	68	74
	Total	15	88	103

Tableau 30 - Investissement dans l'entreprise en fonction de la perception de violation du contrat psychologique

Nous constatons ici aussi, que les personnes fortement investies dans leur organisation souffrent davantage d'une violation du contrat psychologique lors de sa rupture que les personnes dont l'investissement est plus faible. Le lien est également significatif, c'est ce qu'indique le test du Khi-deux ($X^2(1)=8.802$, $p<0.01$) et valide le test exact de Fisher (Fisher 25%, $p<0.01$, V de Cramer=0.292, $p<0.01$, effet de 8%).

Et nous estimons que ceci est d'autant plus vrai que la relation « équilibrée » aura été longue avant la rupture. Rappelons les résultats statistiques que nous avons présentés dans le chapitre précédent, ils montrent que le sentiment de confiance est plus fort dans la population ayant une ancienneté dans l'entreprise supérieure à 5 ans.

Nous nous sommes également intéressés au type de contrat psychologique initial (i) et au type d'engagement professionnel (ii), qui sont, selon nous, tous les deux influencés par le degré de confiance entre les partenaires de la relation d'emploi.

Nos observations en consultation incitent à considérer que la perception de violation en cas de rupture du contrat psychologique est favorisée par :

- un contrat de type relationnel (i), fondée principalement sur la confiance (Coyle-Shapiro, 2000), identifié dans 87,8 % des cas (cf. chapitre VI),
- et un engagement organisationnel affectif (ii), qui se développe lorsque les expériences de travail des salariés sont conformes à leurs attentes (Meyer & Allen, 1991, cf. chapitre III), constaté dans 31,4 % des situations.

Dans le but de confronter nos résultats à nos observations du terrain, nous avons étudié d'une part le lien entre le contrat psychologique initial de type relationnel et le sentiment de violation du contrat. Le test du Khi-deux

d'indépendance ne montre pas de lien significatif. Mais les données du tableau tendent à confirmer tout de même nos observations.

		Perception de violation du contrat psychologique		Total
		non	oui	
Type de contrat psychologique initial	relationnel	21	64	85
	transactionnel	4	8	12
	Total	25	72	97

Tableau 31 - Perception de violation du contrat psychologique en fonction du type de contrat psychologique initial

Il est possible de soutenir que la perception de violation du contrat psychologique est plus marquée chez les personnes s'inscrivant dans un contrat psychologique de type relationnel que chez les autres.

Et d'autre part nous avons voulu savoir si l'engagement organisationnel affectif favorise l'apparition du sentiment de violation du contrat psychologique. Le test du Khi-deux d'indépendance ne montre pas de lien significatif ($X^2(1)=4.6$, $p=0.032$, V de Cramer=0.212, $p=0.032$ effet de 4.5%).

		Perception de violation du contrat psychologique		Total
		non	oui	
Type d'engagement professionnel	engagement affectif	5	27	32
	engagement moral	11	31	42
	engagement dans la continuité	12	16	28
	Total	28	74	102

Tableau 32 - Perception de violation du contrat psychologique en fonction du type d'engagement organisationnel

A la lecture du tableau ci-dessus, on constate ici aussi que la perception de violation du contrat psychologique est plus présente chez les personnes qui sont affectivement engagées envers leur organisation. Ce qui est beaucoup moins le cas pour les deux autres populations.

Ces résultats ont tendance à confirmer les observations cliniques.

VIII-3.3. IMPACT DES CONTRAINTES DES ACTIVITES HORS TRAVAIL

Chaque activité procure aux autres des ressources matérielles et informationnelles indispensables à leur accomplissement, mais consomme également des ressources temporelles et énergétiques. Elles peuvent ainsi représenter des contraintes pour les autres activités.

Nous avons voulu savoir, si le sentiment de violation associé à la rupture du contrat psychologique est plus fort lorsque les activités hors travail sont vécues comme des contraintes supplémentaires pour le sujet. Les résultats statistiques confirment les constats issus du travail clinique, le sentiment de violation du contrat psychologique n'est pas plus fréquent chez les personnes qui vivent la sphère hors travail comme une contrainte.

De même, les résultats montrent que le sentiment de violation n'est pas accentué par le fait d'avoir des enfants à charge ou d'être seule à les assumer. Nos résultats ne permettent pas de trouver de lien significatif entre ces variables (perception de violation du contrat psychologique et enfants à charge / situation familiale).

Nous en déduisons que les contraintes que les personnes peuvent rencontrer dans la sphère familiale n'ont pas d'effet amplificateur sur les réactions affectives ressenties lors d'une rupture de contrat psychologique.

VIII-4. SYNTHÈSE ET ANALYSE DES RESULTATS

Au plan du travail clinique que nous avons mené au cours de notre recherche, nous mettons en évidence des blessures narcissiques (souvent profondes) qui fragilisent les structures identitaires des personnes et provoquent des troubles de la santé. Les symptômes les plus fréquemment rencontrés auprès de la population étudiée sont l'état anxio-dépressif et la dépression comme nous venons de la voir dans les deux chapitres précédents.

Nous avons constaté lors des entretiens que les personnes vivent des contradictions entre ce qui leur est nouvellement demandé (le fond et la forme) et les valeurs, attentes et représentations (de la relation d'emploi, la façon de travailler, la qualité du travail réalisé). Et lorsque les personnes ne parviennent plus à réguler ces contradictions, des tensions, déséquilibres, désarrois apparaissent. Clot (1999a) (cf. chapitre II) nous parle « d'un dérèglement de l'action individuelle, d'une amputation du pouvoir d'agir », signes pour l'auteur que la fonction psychologique du travail, pourtant essentielle dans le développement du sujet, ne peut plus jouer son rôle. Les situations de travail deviennent pathogènes et les personnes sont mises en souffrance.

Les sentiments qu'éprouvent les sujets au moment de la consultation et qui traduisent une souffrance éprouvée, sont multiples. Sont présents dans quasiment l'ensemble des cas, des sentiments d'incompréhension, de trahison, de non-respect ou de non-considération et d'injustice. Et très régulièrement y sont associés des sentiments d'humiliation, de culpabilité mais aussi d'impuissance et de colère.

Nous considérons alors, que la rupture du contrat psychologique, provoquée par le sentiment qu'il y a une divergence entre ce qui a été promis et ce que l'employé a réellement reçu est perçue comme une violation. Car la rupture devient une expérience psychologiquement douloureuse, de détresse. Tel est le cas dans 71,9 % des situations étudiées.

Nos observations cliniques sont confirmées par les résultats statistiques, très peu d'éléments de rupture du contrat psychologique (identifiés dans le chapitre précédent) ont un lien significatif avec la détérioration de l'état de santé. Les tests d'indépendance effectués, indiquent seulement que l'augmentation du contrôle exercé par l'organisation et le sentiment d'une baisse de considération ont un effet sur cet état. A contrario, les résultats indiquent que la perception de violation du contrat psychologique s'accompagne de façon très significative d'un état anxio-dépressif ou d'une dépression, d'une souffrance psychique difficile à assumer.

Ainsi, nous retenons que dans notre étude, tout comme dans les travaux de Morrison et Robinson (1997), ce n'est pas la rupture en tant que telle du contrat psychologique qui a tendance à fragiliser l'état de santé psychologique des personnes, mais les réactions émotionnelles (le processus de violation) suscitées par la rupture.

Rappelons que, selon Robinson (2009), le processus d'interprétation, qui est déclenché par le sentiment d'une rupture du contrat psychologique et qui aboutit (ou pas) à la perception de violation du contrat psychologique, est influencé (entre autres) par des facteurs qui ont entraîné la rupture. Il s'agit du degré de confiance entre l'employé et son organisation et des valeurs et des normes qui spécifient le contrat psychologique. La confiance est définie par Rousseau et al. (1998) comme un état psychologique qui suppose une « acceptation de vulnérabilité basée sur l'attente que les intentions ou comportements de l'autre soient positifs ». Lorsque la relation est remplie de vécu positifs, le sentiment de confiance serait, d'après les auteurs, plus fort.

Nous avons souligné à maintes reprises à partir de nos observations cliniques, de la littérature scientifique que les contextes concurrentiels actuels poussent les organisations à restructurer et à opérer des changements parfois brutaux qui sont souvent mal, voire pas accompagnés et sont source de nom-

breuses incertitudes pour les individus. Les observations cliniques nous dévoilent que le cumul et la fréquence de ces changements (nouvelles organisations, innovations techniques ou méthodologiques) ainsi que leurs effets (dégradation des conditions de travail, besoin d'adaptation et d'apprentissage, perte de repères, manque de visibilité, etc.) sont source de questionnements, de sentiments de doutes, d'angoisses, de perte et de méfiance. Ils bousculent les valeurs intériorisées et partagées auparavant et peuvent provoquer des attitudes de résistance. L'adhésion à un changement au sein de l'organisation dépend de la perception de son efficacité (en terme de fonctionnement mais aussi en terme de justice), de sa pertinence et de sa nécessité, d'où l'importance de l'accompagner, de l'expliquer et d'impliquer dans la mesure du possible les personnes concernées. Car, l'acceptation du changement passe par une prise de conscience qui permet de réduire l'attachement aux « vieux modèles », le salarié doit comprendre le besoin du changement. Et c'est grâce à cette acceptation que le salarié va pouvoir développer de nouveaux comportements, valeurs et attitudes. Mais les observations cliniques montrent que son acceptation est parfois « exigée » par les organisations à l'aide de méthodes de management directives, voire autoritaires et des systèmes de « reporting » à outrance vécus comme de l'hypercontrôle. Ces méthodes et attitudes provoquent un stress supplémentaire et ont tendance à rompre les liens de confiance.

Les résultats statistiques confirment nos observations, ils mettent à jour des liens entre certains éléments de dégradation des relations ou conditions de travail (éléments de rupture du contrat psychologique dans notre étude que nous évoquons dans le chapitre VII) et la perception d'une violation du contrat psychologique. Il s'agit des sentiments de perte d'autonomie, d'une augmentation du contrôle et de la perception de stratégies de management par la peur.

Mais les résultats statistiques ne montrent pas de différences significatives entre les différents secteurs d'activité, ils confirment là aussi, nos observations cliniques. Nous constatons, en effet, autant de conflits psychologiques et d'éthique provoqués par le sentiment de devoir réaliser un travail de moindre qualité chez les agents du secteur public que chez les salariés d'entreprises privées et la notion de service public ne semble protéger ni du phénomène de rationalisation, ni de celui de la rentabilisation ...

Pour le modèle de l'échange social, le sentiment de confiance est à la base de l'investissement de l'employé dans la relation qu'il entretient avec son organisation (Blau, 2007). Nous avons mis en relief, dans le chapitre précédent, que dans les situations étudiées, le sentiment de confiance est fréquent,

affirmé comme essentiel et qu'il suscite un fort investissement de la part du salarié ou de l'agent dans son organisation. Nos constats liés à nos pratiques confortent l'hypothèse selon laquelle ces relations d'emploi basées sur la confiance et un fort investissement dans l'organisation sont plus altérables lorsque le contrat psychologique est rompu. En effet, selon Coyle-Shapiro (2002) le contrat de type relationnel, qui repose sur la confiance et implique des éléments socio-émotionnels, serait plus « vulnérable » en cas de brèche.

Dans les situations étudiées, la rupture du contrat psychologique est, dans la majorité des cas, interprétée comme une violation. Ici aussi, les résultats statistiques confirment les constats cliniques. Nous estimons à partir des données cliniques que la perception de violation du contrat psychologique est plus forte lorsque la relation d'emploi se fonde sur un contrat de type relationnel. Toutefois les résultats statistiques ne mettent pas à jour un lien significatif. Peut-être sont ils biaisés par la prédominance des contrats de type relationnels (87,8 %) dans notre échantillon ?

Rappelons que Shore et Birksdale (1998) postulent, que lorsque l'échange des obligations mutuelles est perçu comme étant équilibré, l'implication vis-à-vis de l'organisation est plus affective. Nos résultats valident ces propositions. D'après les tests d'indépendance effectués, les personnes dont l'engagement organisationnel est de type affectif ressentent plus fréquemment et plus intensément une violation du contrat psychologique que les autres. L'engagement organisationnel affectif dépend, d'après différentes études menées (cf. chapitre III), du lien de confiance entre le salarié et son supérieur hiérarchique, de la qualité du soutien organisationnel, de la satisfaction au travail, de l'accomplissement personnel, des sentiments positifs envers l'organisation et à un sentiment d'appartenance avec les collègues de travail. L'exigence du salarié vis-à-vis de son organisation est donc grande. Aussi, il ne paraît pas surprenant que l'impact sur son équilibre psychologique est important lorsqu'un ou plusieurs de ces des éléments est perturbé. Ce postulat est renforcé par les propos de Meyer et al. (1991). En effet, les auteurs prétendent que la composante affective de l'engagement organisationnel a une influence positive sur la santé mentale des employés, donc plus un travailleur s'engage affectivement au travail, plus sa santé mentale serait affectée positivement.

Les observations cliniques et les résultats statistiques vont dans ce sens. En cas de violation du contrat psychologique, l'équilibre psychologique des personnes est d'autant plus impacté qu'elles sont affectivement engagées envers leur organisation. En effet, les observations cliniques dévoilent des blessures narcissiques parfois profondes pouvant aboutir à la dépression. Il s'agit selon Ehrenberg (1996) d'une crise d'identité personnelle, qui correspondrait à la souffrance d'un « sentiment d'insuffisance, de ne pas être à la hauteur, d'une

impression de manque, de souffrir de soi-même, d'un affaiblissement du Moi d'abord et surtout à ses propres yeux ». Freud considérait déjà que la dépression est une « tragédie de l'insuffisance ».

Parce que la valorisation du capital humain est devenue une question cruciale dans un environnement très concurrentiel, un nombre croissant d'entreprises place l'engagement des salariés au centre de leur politique des Ressources Humaines. Mais l'engagement tout comme la motivation ne se « décrètent » pas. Il faut pour les obtenir créer des conditions propices à la construction identitaire du sujet qui permettent de concilier l'accomplissement personnel et le travail collectif. Car en plus du rôle de protection et de repère professionnel, le collectif permet au sujet de s'exprimer, de se faire reconnaître et de se développer par sa créativité propre, des activités que nous qualifions « d'activités de personnalisation ». Ce sont celles-ci qui intéressent le prochain chapitre.

CHAPITRE IX
Incidences de la perception
de la violation du contrat
psychologique sur les processus
de socialisation - personnalisation

Les chapitres précédents ont souligné le rôle de la rupture du contrat psychologique et de son interprétation dans le phénomène de souffrance au travail. Nous avons démontré que ce sont les réactions affectives qui accompagnent la rupture du contrat psychologique qui ont tendance à altérer l'état de santé des personnes se rendant à nos consultations.

Dans les pages qui suivent nous nous intéressons à la dynamique des relations entre le sujet et son environnement provoquée par la perception de violation du contrat psychologique. C'est-à-dire plus précisément :

- à l'évolution de la relation d'emploi (entre les temps de recueil 1 et 2)
- aux restructurations psychologiques et son effet sur l'état de santé (recueil du temps 2)
- aux transformations (éventuelles) des échanges entre les différents domaines d'activité et de vie des sujets (recueil du temps 2)

Comme nous l'avons déjà vu, notre recueil des données s'est effectué en deux temps : le premier recueil a été réalisé lors des entretiens d'évaluation (en début de suivi psychologique individuel dans le dispositif) et le deuxième en fin d'accompagnement. Le temps qui sépare les deux évaluations est très variable (entre quelques mois et plus d'un an). Il dépend à la fois de l'évolution de la situation de travail, de l'émergence d'un autre projet professionnel et de l'évolution de l'état de santé.

IX-1. LA DYNAMIQUE PROVOQUEE PAR LE SENTIMENT DE VIOLATION DU CONTRAT

Les transformations de la relation d'emploi requièrent de la part des personnes qu'elles en évaluent les portées, qu'elles les acceptent ou les refusent ou bien qu'elles les « aménagent à leur manière ». Rappelons que, selon Clot (1995), les transitions psychosociales peuvent faire naître « un pouvoir d'agir sur leurs propres actes » amener le sujet à rechercher des stratégies et des conduites « pour s'en sortir » et éventuellement modifier, à travers ces agissements, quelque chose dans la réalité du travail. (cf. chapitre IV). Ce pouvoir d'agir sur soi et le milieu est aussi altéré dans nombre de situations de travail. C'est là l'un des facteurs du stress et de la souffrance.

IX-1.1. EVOLUTION DU NOMBRE DE PERSONNES EN ACTIVITE ET EN RETRAIT TEMPORAIRE (OU DEFINITIF)

Afin de mieux comprendre les conséquences de ces situations de souffrance sur la relation d'emploi nous avons comparé les situations des personnes entre les deux moments de saisie.

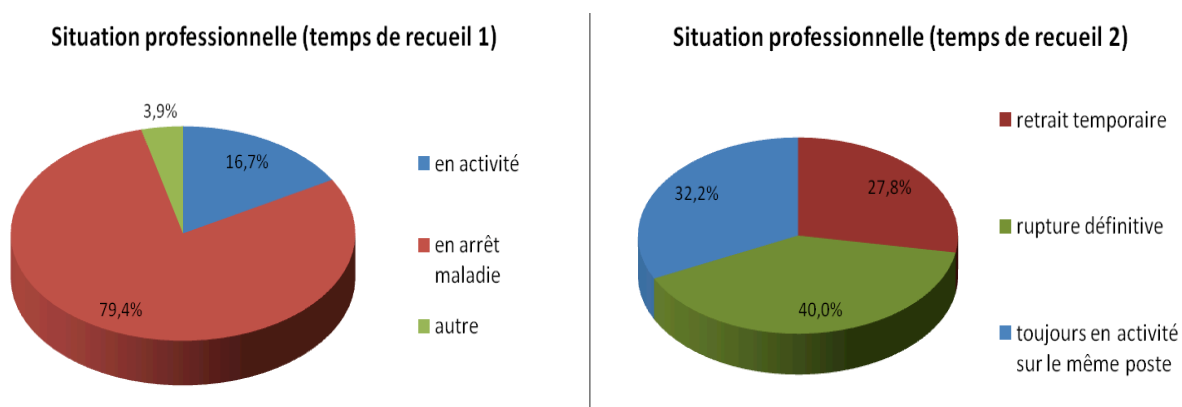


Figure 28 - Comparaison des situations de travail entre le début et la fin du suivi

Au moment de l'évaluation (recueil 1), 16,7 % des personnes suivies par les psychologues se déclaraient en activité, ce chiffre représente 27,8 % à la fin de l'accompagnement (recueil 2).

Lors de l'évaluation du temps 1, 79,4 % des personnes étaient en arrêt maladie. En fin d'accompagnement 40 % se trouvent encore en situation de retrait temporaire, pour la plupart en arrêt maladie. Nous avons comptabilisé un congé maternité et une hospitalisation.

En outre, nous avons voulu savoir si les personnes placées en arrêt maladie en début de suivi psychologique dans le dispositif, étaient les mêmes que celles qui se trouvaient en retrait temporaire ou définitif en fin d'accompagnement.

		Personnes en retrait temporaire en temps 2		Total
		non	oui	
Personnes en arrêt maladie en temps 1	non	11	6	17
	oui	33	38	71
	Total	44	44	88

Tableau 33 - Evolution de la situation de retrait temporaire (entre le recueil du temps 1 et le recueil du temps 2)

		Personnes en rupture définitive en temps 2		Total
		non	oui	
Personnes en arrêt maladie en temps 1	non	12	5	17
	oui	48	24	72
	Total	60	29	89

Tableau 34 - Situation professionnelles (recueil temps 2) en fonction des personnes (en arrêt maladie ou pas lors du recueil 1)

Un peu plus de la moitié des personnes qui étaient placées en arrêt maladie en début du suivi l'étaient encore en fin d'accompagnement (38 sur un total de 71). Et pour près d'un tiers des personnes placées en arrêt maladie en début du suivi le contrat de travail est définitivement rompu au moment du recueil du temps 2 (24 sur un total de 72). Les tests du Khi-deux d'indépendance que nous avons réalisés ne montrent pas de lien significatif entre ces variables.

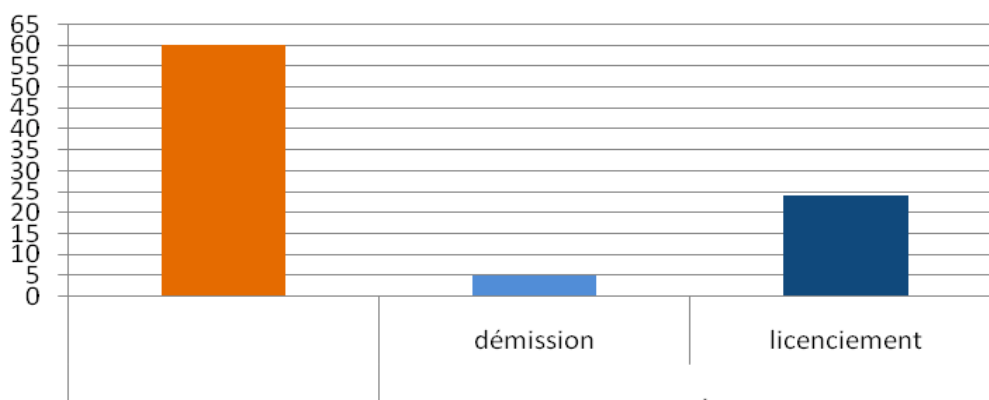


Figure 29 - Nombre de ruptures définitives du contrat du travail (recueil temps 2)

Le tableau ci-dessus nous montre que pour 28,1 % (29 personnes) des personnes de notre échantillon, l'issue de leur problématique se traduit par une rupture de contrat définitive, c'est-à-dire majoritairement par un licenciement pour inaptitude médicale à tous postes dans l'entreprise (pour 20 sur 29 personnes).

IX -1.2. EVOLUTION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE

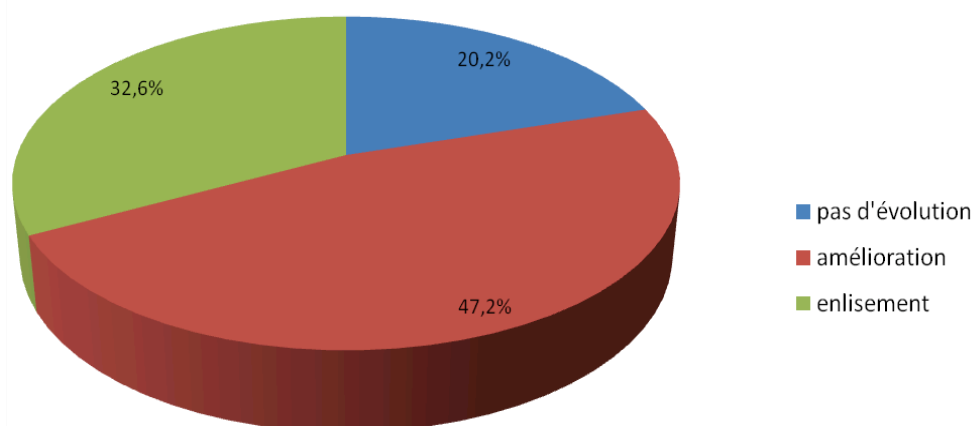


Figure 30 - Evolution de la situation (recueil temps 2)

A la lecture de ce graphique, nous constatons que la situation s'est améliorée pour près de la moitié des personnes qui constituent notre échantillon.

Nous avons voulu appréhender les caractéristiques des personnes dont la situation s'est améliorée, ou à l'inverse enlisée.

		Evolution de la situation (temps de recueil 2)			Total
		pas d'évolution	amélioration	enlissement	
Situation contractuelle (temps de recueil 2)	en activité	2	15	8	25
	retrait temporaire	5	13	16	34
	rupture définitive	11	14	4	29
	Total	18	42	28	88

Tableau 35 - Etat de la situation en fonction de l'évolution contractuelle (recueil temps 2)

La figure ci-dessus nous indique que l'amélioration de la situation professionnelle est constatée autant chez les personnes en activité que chez celles qui se trouvent en retrait temporaire ou définitif. A l'inverse, un enlissement de la situation professionnelle est proportionnellement plus fréquent chez les personnes se trouvant (encore ou à nouveau) en retrait temporaire (pour la plus part en arrêt maladie). Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(4)=13.652$, $p<0.01$, V de Cramer=0.279, $p<0.01$, effet de 8%).

Mais il est nécessaire de mentionner que pour 15 personnes, l'accompagnement n'étant pas terminé au temps 2, nous ne connaissons pas l'issue de leurs difficultés professionnelles.

IX -1.3. LES ACTIONS ENGAGEES PAR LES SUJETS ET LEURS EFFETS

Rousseau (1998) montre que lorsque les personnes perçoivent une violation du contrat psychologique, elles peuvent réagir de différentes manières. L'auteur distingue des actions actives et passives qui peuvent être soit constructives, soit destructives. Nous avons analysé les réactions des personnes à partir de leurs verbalisations.

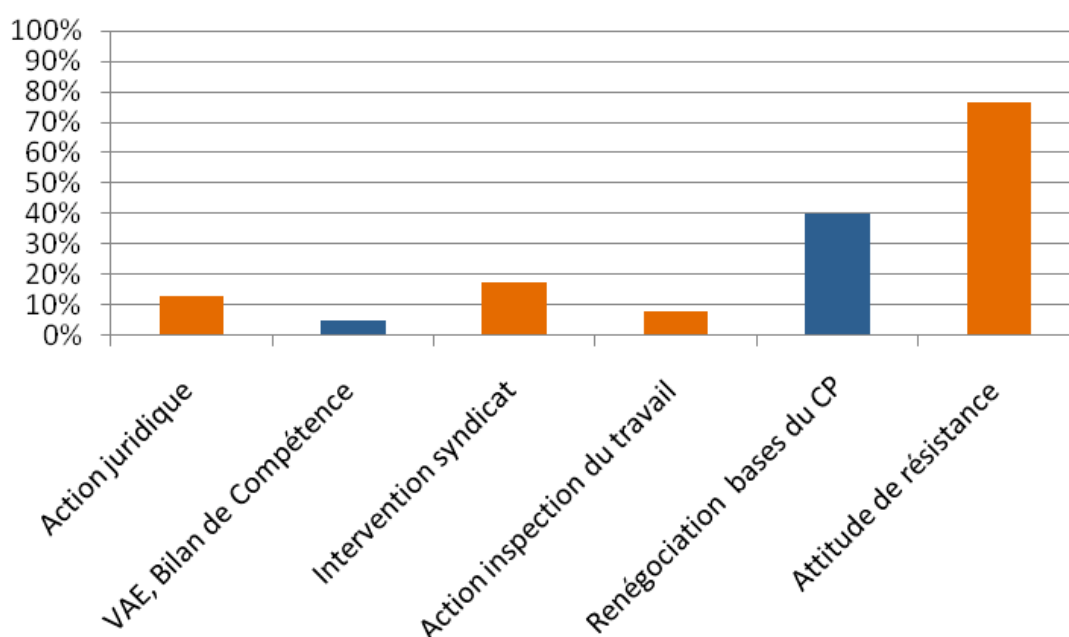


Figure 31 - Différentes actions engagées par les sujets et leurs attitudes

Nous constatons à la lecture de ce tableau, que très majoritairement (dans 76,5 % des cas) les personnes semblent résister aux stratégies et/ou aux changements qu'elles subissent. Cette stratégie de résistance s'accompagne parfois d'une demande d'aide adressée à différents acteurs à l'intérieur ou à l'extérieur de l'entreprise. Est à noter que les ressources humaines ou encore la direction (ou le management) ne font pas partie des acteurs sollicités. Dans d'autres cas, cette « résistance » va de pair avec une forte demande de réparation qui aboutit dans 13 % à une action juridique.

Le tableau indique également que dans 40 % des cas, les personnes de notre échantillon tentent de renégocier les bases du contrat psychologique avec leur hiérarchie directe. C'est-à-dire qu'elles souhaitent aboutir à une régulation des attentes concernant les obligations et les promesses. Seulement 5 % demandent à pouvoir bénéficier d'un bilan de compétence qui représente parfois la première étape d'une réorientation professionnelle et qui passe quelque

fois par une demande de validation des acquis. Rappelons que 13 % des personnes envisagent cette réorientation.

Nous avons voulu connaître l'effet des différentes actions initiées par les sujets (recueillies en début d'accompagnement) sur l'évolution de la situation (données recueillies en fin de suivi). Hormis l'intervention de l'inspection du travail, les résultats n'indiquent pas de lien significatif entre les différentes actions engagées par les sujets et l'évolution des situations de travail.

		Intervention de l'inspection du travail		Total
		non	oui	
Amélioration de la situation	non	36	7	43
	oui	43	0	43
	Total	79	7	86

Tableau 36 - Amélioration de la situation de travail en fonction d'une intervention de l'inspection du travail

Les résultats indiquent que l'intervention de l'inspection du travail n'aboutit jamais à une amélioration de la situation. Le lien est significatif ($X^2(1)=7.620$, $p<0.01$, V de Cramer=0.298, $p<0.01$, effet de 9%).

L'une des questions qui s'impose est celle de savoir comment les salariés et agents perçoivent les stratégies mises en place par les organisations et quels effets ont ces stratégies. Selon nous, la perception influence les actions de personnalisation qui, par un mouvement de spirale, conditionnent à leur tour les stratégies organisationnelles futures.

IX -1.4. STRATEGIES ORGANISATIONNELLES PERCUES PAR LE SALARIE (RECUEIL EFFECTUE AU TEMPS 2)

Les récits des personnes nous ont amené à différencier 4 différents types de stratégies organisationnelles dont la répartition (parmi la population étudiée) est représentée dans le graphique ci-dessous.

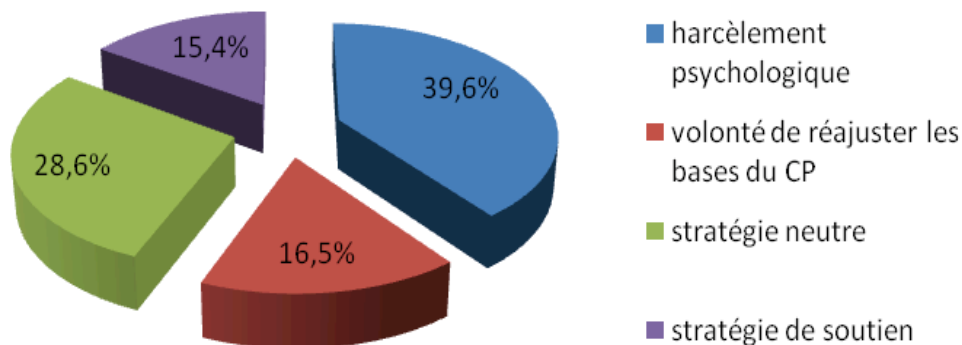


Figure 32 - Répartition de la population en fonction des stratégies organisationnelles perçues (recueil temps 2)

Globalement la perception d'une stratégie de harcèlement psychologique diminue. Elle représente 66 % de la totalité des personnes étudiées en début de suivie et 39,6 % en fin d'accompagnement (sur 100 sujets étudiés).

Nous avons également voulu savoir pour quel type de population cette perception a changé. Cette baisse est-elle plus significative chez les personnes qui se trouvent en fin d'accompagnement en rupture définitive de contrat de travail ?

		Rupture définitive du contrat de travail		Total
		non	oui	
Stratégies organisationnelles perçues	neutres ou positives	40	10	50
	harcèlement moral	17	18	35
	Total	57	28	85

Tableau 37 - Perception des stratégies organisationnelles en fonction de leur situation contractuelle (recueil temps 2)

Les résultats ne vont pas dans ce sens, ils montrent que ce sont majoritairement les personnes ne se trouvant pas dans la situation de rupture du contrat de travail qui perçoivent des stratégies organisationnelles neutres ou positives à leur égard. L'effet est significatif ($X^2(1)=9.206$, $p<0.01$, V de Cramer=0.329, $p<0.01$ effet de 11%).

		Amélioration de la situation		Total
		non	oui	
Stratégies organisationnelles perçues	neutres ou positives	17	33	50
	harcèlement moral	23	10	33
	Total	43	43	83

Tableau 38 - Effet des stratégies organisationnelles perçues sur l'évolution de la situation (recueil temps 2)

Les résultats indiquent que la perception de stratégies neutres ou positives contribue à une amélioration de la situation professionnelle des personnes. Il y a un lien significatif ($X^2(1)=10.146$, $p<0.001$, V de Cramer=0.350, $p<0.001$, effet de 12%).

Y a-t-il des liens entre les actions engagées par les personnes et leurs attitudes sur les stratégies organisationnelles perçues ?

		Actions juridiques engagées		Total
		non	oui	
Stratégies organisationnelles perçues	neutres ou positives	48	3	51
	harcèlement moral	25	10	35
	Total	73	13	86

Tableau 39 - Relation entre actions juridiques engagées et stratégies organisationnelles perçues (recueil temps 2)

D'après les résultats, les actions juridiques engagées par les personnes ne provoquent en réponse que très peu de stratégies organisationnelles neutres ou positives. Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif ($X^2(1)=8.327$, $p<0.01$, V de Cramer=0.311, $p<0.01$, effet de 10%).

IX -1.5. L'ATTITUDE DE RESISTANCE : CAUSES ET EFFETS

Nous avons vu plus haut, qu'en réaction à la rupture du contrat psychologique les personnes tentent soit de renégocier les bases de ce contrat psychologique (pour aboutir à une redéfinition des attentes relatives aux obligations et aux promesses), soit elles s'opposent à de nouvelles règles dont elles ne comprennent pas les logiques. Cette conduite, nous l'avons appelé « attitude de résistance ». L'organisation (ou ceux qui la représentent) va à son tour répondre à cette attitude. Les observations cliniques montrent que lorsque

l'organisation cherche à imposer les règles sans fournir d'explications ni offrir une écoute, ces réponses sont parfois interprétées par les personnes comme des stratégies de harcèlement psychologique. Des stratégies qui ont tendance à renforcer l'attitude de résistance. Cette « spirale infernale » a été mise à jour par Viaux (2004). Pour l'auteur, le sujet est d'autant plus harcelé qu'il défend « une certaine conception de son travail, en y projetant une morale sociale et personnelle » (cf. Chapitre II).

Nous avons voulu savoir si, dans notre échantillon, cette attitude de résistance est plus marquée chez les personnes dont la relation d'emploi est basée plutôt sur un contrat psychologique de type relationnel. Mais les tests statistiques que nous avons effectués n'indiquent pas de lien significatif entre ces deux variables.

De même, nous avons voulu savoir s'il y a un lien (ou non) entre l'attitude de résistance et la perception de stratégies de harcèlement psychologique.

Nous avons effectué deux tests d'indépendance :

- Un premier pour évaluer le lien entre l'attitude de résistance et les stratégies de harcèlement psychologique identifiées lors des entretiens d'évaluation (premier temps de recueil) : le harcèlement est alors une cause de l'attitude de résistance.

		Perception de harcèlement psychologique (recueil temps 1)		Total
		non	oui	
Attitude de résistance du sujet (recueil temps 1)	non	14	10	24
	oui	21	58	79
	Total	35	68	103

Tableau 40 - Perception de stratégies de harcèlement en fonction de l'attitude de résistance (recueil temps 1)

Le tableau indique qu'en début de l'accompagnement (temps 1), les personnes qui « résistent » interprètent davantage les attitudes organisationnelles à leur égard comme des stratégies de harcèlement psychologiques. Le lien est significatif ($X^2(1)=8.272$, $p<0.01$, V de Cramer=0.283, $p<0.01$, effet de 8%). Nous pouvons donc prétendre que le harcèlement est bien l'une des causes de l'attitude de résistance.

- Le deuxième test d'indépendance a été réalisé dans le but d'évaluer un lien entre l'attitude de résistance et les stratégies de harcèlement psychologique vécues durant de l'accompagnement (deuxième

temps de recueil). Ici, le harcèlement se révèle être une conséquence de l'attitude de résistance. Les résultats du test se sont montrés non significatifs.

Cette attitude de résistance, nous l'avons mentionné, est très fréquente dans les cas étudiés (76,7 %). Aussi, nous avons voulu savoir si elle contribue peu ou prou à l'enlèvement des situations constatés en fin d'accompagnement. Les tests d'indépendance ne mettent pas à jour de liens significatifs entre les deux variables. Nous ne pouvons donc pas prétendre que ce sont les attitudes de résistance des travailleurs qui tendent à enliser les situations de travail.

IX-2. RESTRUCTURATIONS PSYCHOLOGIQUES ET EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE

Nous nous intéressons dans ce paragraphe aux conséquences à moyen terme de la perception de violation du contrat psychologiques. Les données sont celles qui ont été collectées au deuxième temps (fin de l'accompagnement).

IX -2.1. ELEMENTS INDICATEURS DE RESTRUCTURATIONS PSYCHOLOGIQUES

Nous nous attacherons à prendre en compte des éléments de restructuration des activités de personnalisation et de représentations. Ce, sur quatre plans : celui des représentations du travail, celui de l'engagement professionnel, celui du contrat psychologique et celui du système des activités.

Nous allons montrer l'évolution de ces quatre éléments dans les représentations graphiques ci-dessous.

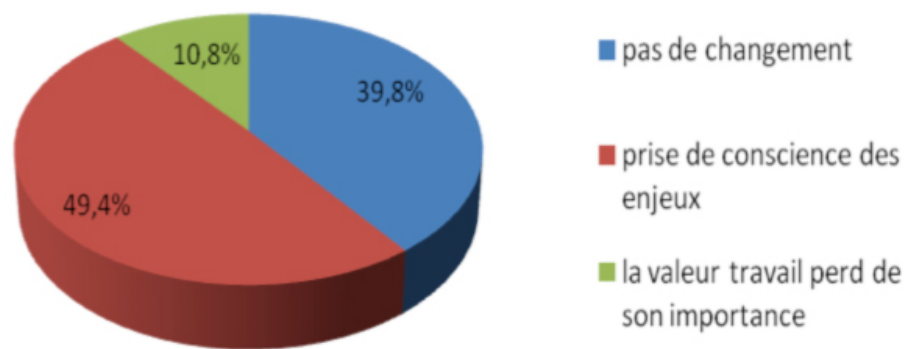


Figure 33 - Changements de la représentation du travail

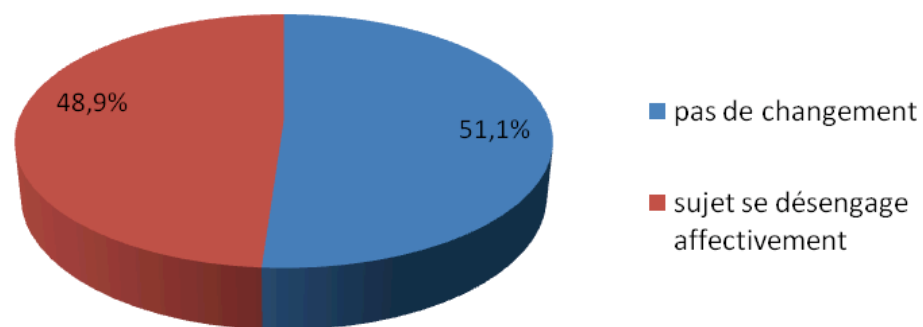


Figure 34 - Changements de l'engagement professionnel

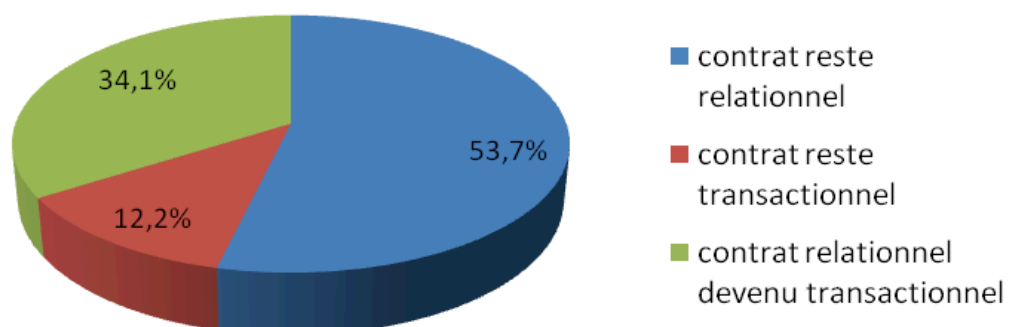


Figure 35 - Changement de type de contrat psychologique

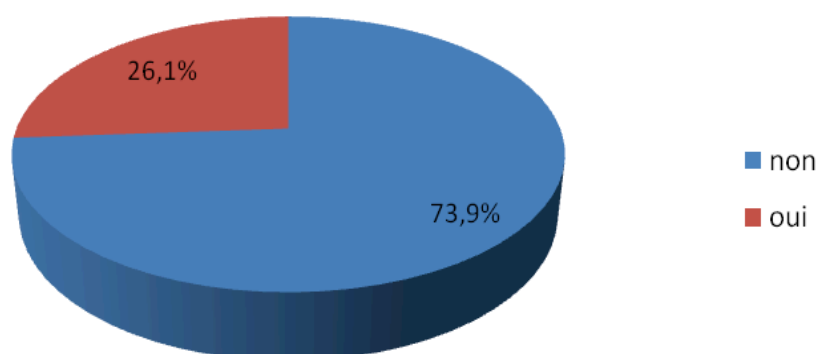


Figure 36 - Redistribution du système des activités

Ces figures indiquent, que la moitié des personnes reçues dans le dispositif prennent conscience des enjeux dans le contexte professionnel. Elles prennent conscience de ce qui se joue dans le travail (les rapports de pouvoir, les buts des stratégies individuelles et organisationnelles mises en place, etc.). Et, par voie de conséquence, la valeur travail perd de son importance. De même, également plus de la moitié des sujets étudiés se désengagent affectivement et, en fin d'accompagnement, dans près d'un tiers des situations, les contrats psychologiques de type relationnel se transforment en contrats de type transactionnel. Ce qui change fortement la proportion par rapport au type de contrat initial. En début du suivi, 87,7 % des contrats psychologiques étaient de type relationnel, ils ne représentent plus que 53,7 % en fin d'accompagnement. D'autre part, les résultats montrent que dans 26,1 % des situations, nous assistons à une redistribution des activités des différentes sphères de la socialisation des individus.

Y a-t-il un lien entre le type de contrat et l'amélioration de la situation des personnes ?

		Amélioration de la situation		Total
		non	oui	
Transformation du contrat de type relationnel en type transactionnel	non	18	24	42
	oui	17	8	25
	Total	35	32	67

Tableau 41 - Amélioration de la situation en fonction de la transformation du contrat psychologique de type relationnel

On constate davantage d'amélioration dans les cas où le contrat initial de type relationnel est resté relationnel à la fin d'accompagnement. Le test du

Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif ($X^2(1)=3.971$, $p=0.046$, V de Cramer=0.243, $p=0.046$, effet de 6%).

IX -2.2. L'EVOLUTION DE L'ETAT DE SANTE (EVALUE EN FIN DE SUIVI, RECUEIL TEMPS 2)

Nous reprenons ici brièvement les résultats décrits dans la présentation des résultats descriptifs :

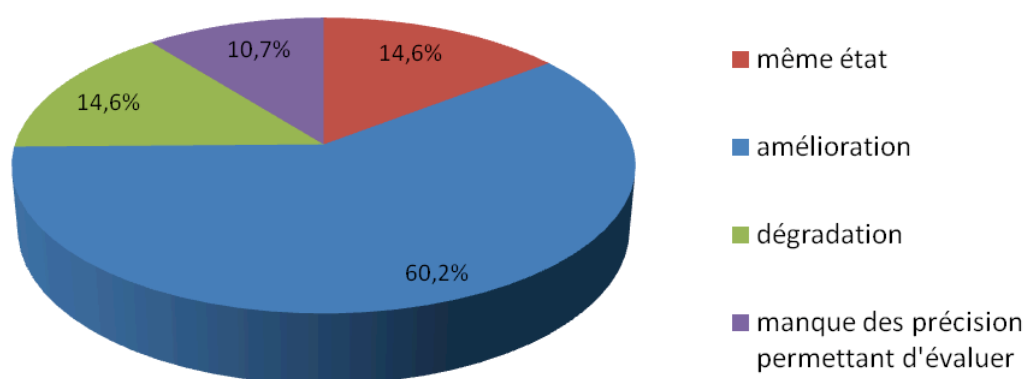


Figure 37 - Evolution de l'état de santé (temps 2)

L'état de santé de 60,2 % des personnes étudiées s'est amélioré entre les premiers entretiens et la fin de l'accompagnement.

Nous avons voulu affiner notre analyse en identifiant les éléments susceptibles d'avoir participé à l'amélioration de la santé des personnes.

		Evolution de la situation (temps de recueil 2)		Total
		non	oui	
Evolution de l'état de santé	même état	10	3	13
	amélioration	19	40	59
	dégradation	15	0	15
	Total	14	43	87

Tableau 42 - Evolution de l'état de santé en fonction de l'évolution de la situation (temps 2)

Globalement, une amélioration de l'état de santé va de pair avec une amélioration de la situation. C'est ce qu'indique le tableau ci-dessus. Le test

d'indépendance confirme ce lien significatif ($X^2(2)=26.236$, $p<0.001$, V de Cramer=0.549, $p<0.001$, effet de 30%).

Pour les personnes toujours en activité et qui occupent le même poste, une volonté manifeste de la part de l'organisation (ou celui qui la représente) de renégocier les bases du contrat psychologique devrait, selon nous, avoir un impact positif sur l'état de santé.

		Stratégies organisationnelles perçues		Total
		neutres ou positives	harcèlement moral	
Amélioration de l'état de santé	non	11	18	29
	oui	40	18	58
	Total	51	36	87

Tableau 43 - Amélioration de l'état de santé en fonction des stratégies organisationnelles mises en place (temps 2)

Le tableau ci-dessus indique que les stratégies organisationnelles, lorsqu'elles sont perçues comme positives ou neutres, ont une influence sur l'état de santé. On constate dans ces situations davantage d'amélioration de cet état. Le test du Khi-deux d'indépendance montre un lien significatif entre ces deux variables ($X^2(1)=7.676$, $p<0.01$, V de Cramer=0.297, $p<0.01$, effet de 9%).

Nous estimons aussi, qu'un retrait définitif ou temporaire de ce contexte de travail douloureux (rupture de contrat de travail, congé ou arrêt pour raison de maladie et changement de poste ou mutation) pourraient favoriser une amélioration de l'état de santé.

		Rupture définitive		Total
		non	oui	
Amélioration de l'état de santé	non	23	5	28
	oui	37	24	61
	Total	60	29	89

Tableau 44 - Amélioration de l'état de santé en fonction d'une rupture définitive de l'environnement du travail (temps 2)

Ce premier résultat ne valide pas notre hypothèse, une amélioration de l'état de santé est plus fréquente lorsque le contrat de travail n'est pas rompu. Le test statistique d'indépendance met en relief un lien significatif entre ces

deux variables ($X^2(1)=4.034$, $p=0.045$, V de Cramer= 0.213 , $p=0.045$, effet de 4.5%).

Les autres résultats statistiques qui concernent les liens entre une amélioration de l'état de santé et le retrait temporaire du contexte de travail (indépendamment de la cause de ce retrait) ne sont pas significatifs.

Il en est de même pour les changements de métiers, réalisés ou projetés. Cela ne confirme pas les constats du travail clinique lors des entretiens avec les personnes accueillies dans le service. Ces constats semblaient pousser à considérer que l'état de santé présentait des améliorations.

De même, nous présumons qu'une distanciation par rapport au travail (qui peut se traduire par un changement de la représentation du travail, par une baisse de l'engagement professionnel ou encore par une redistribution du système des activités), favorise l'amélioration de l'état de santé. Les résultats sur ce point ne sont pas non plus significatifs.

Cette distanciation peut également avoir un effet sur la relation d'emploi et se traduire par un désengagement affectif ou un changement de type de contrat psychologique (contrat psychologique de type relationnel devenu contrat de type transactionnel) et par conséquent influencer sur la situation.

		Changement de type d'engagement		Total
		pas de changement	sujet se désengage affectivement	
Changement de représentation du travail	non	24	9	33
	oui	22	34	56
	Total	46	43	89

Tableau 45 - Désengagement affectif en fonction d'un changement de représentation du travail (temps 2)

Le tableau ci-dessus montre un lien entre un changement de représentation du travail et un désengagement affectif. Les résultats du test du Khi-deux d'indépendance sont significatifs ($X^2(1)=9.299$, $p<0.01$, V de Cramer= 0.323 , $p<0.01$, effet de 11%).

		Amélioration de la situation		Total
		non	oui	
Transformation du contrat de type relationnel en type transactionnel	non	18	24	42
	oui	17	8	25
	Total	35	32	67

Tableau 46 - Amélioration de la situation en fonction de la transformation du CP de type relationnel en CP de type transactionnel (recueil temps 2)

A la lecture du tableau, on constate que la situation s'améliore surtout lorsque le contrat psychologique de type relationnel reste relationnel. ($X^2(1)=3.971$, $p=0.046$, V de Cramer=0.243, $p=0.046$, effet de 6%).

IX -2.3. SYNTHÈSE ET INTERPRÉTATION DES RESULTATS

La perception et la réalité objective de changements dans l'environnement professionnel, le sentiment de ne plus comprendre les logiques organisationnelles, de ne pas être compris par ses pairs ou par la hiérarchie, conjugué au sentiment de violation du contrat psychologique font quasiment toujours partie des récits des personnes. Nous l'avons déjà vu et souligné à maintes reprises.

Nous constatons souvent, lorsque la situation perdure ou quand les ruptures du contrat psychologiques se multiplient, que les sujets vivent une contradiction entre l'activité à laquelle ils avaient adhéré et la nouvelle situation de travail porteuse de nouvelles demandes. De nouvelles exigences se heurtent à leurs repères, aux pratiques et aux représentations construites au paravent dans leurs expériences professionnelles. Ce sont ces conflits internes qui sont source de souffrances psychologiques, d'une détérioration de la santé. Nous l'avons également exposé plus haut.

Les médecins du travail, mais aussi les médecins généralistes, diagnostiquent de plus en plus fréquemment ces situations de souffrances liées aux situations professionnelles. Dans ces cas, les médecins orientent les personnes vers le dispositif du CHU de Purpan, à la fois pour permettre aux sujets de travailler ces contradictions et pour être aidés eux-mêmes dans leurs prises de décisions (cf. chapitre V). Malheureusement l'affluence des demandes vis-à-vis du service est telle, que plusieurs semaines, voire des mois s'écoulent entre la prise de rendez-vous et la première consultation. Les personnes ne peuvent bénéficier rapidement du soutien psychologique du service pour mieux com-

prendre leurs difficultés et pour rechercher des solutions. Par conséquent, leur situation professionnelle et leur état de santé a tendance à s'aggraver, ce qui est souvent à l'origine d'un retrait temporaire du contexte professionnel.

Ainsi, il n'est pas étonnant que le nombre d'arrêts de travail pour maladie observé en début d'accompagnement soit important (79 % des personnes). Seulement 17 % des personnes sont en activité lors de nos entretiens d'évaluation, ce chiffre est nettement plus important en fin d'accompagnement (32 %). Le nombre non négligeable de ruptures définitives du contrat de travail (28 %) que l'on constate en fin d'accompagnement, essentiellement des licenciements pour inaptitude médicale à tout poste de l'entreprise, se justifie selon nous, en partie par les délais évoqués précédemment. Le « point de non retour » avait été atteint avant même que nous rencontrions les personnes en consultation, donc avant l'aide apportée dans la prise de distance vis-à-vis de l'environnement professionnel et dans la recherche de stratégies de faire face.

Rappelons que très peu de personnes décident de rompre leur contrat de travail (5 personnes ont démissionné). Dans près d'un quart des situations, les médecins du travail ont lancé la procédure d'inaptitude médicale, elle représente (trop) souvent la seule issue en leur pouvoir (la solution ultime après échecs de leurs interventions auprès de l'organisation) pour extraire les personnes de leur environnement professionnel devenu nuisible pour leur équilibre et leur santé.

Le retrait temporaire (il s'agit la plupart du temps d'un arrêt maladie) n'a que peu d'effets sur l'évolution de la situation. Les résultats des analyses statistiques effectuées rejoignent les constats du travail clinique. Nous remarquons que durant l'absence de la personne au poste généralement peu de solutions sont trouvées. Mais ce retrait de l'environnement professionnel accompagné du travail de compréhension que nous réalisons avec la personne en consultation sont souvent indispensables pour accéder à une prise de recul. Cette distanciation aide la personne à apaiser sa souffrance, à stabiliser son état de santé et à mieux se projeter professionnellement.

Si l'on suit Rousseau (1998), face à une perception de violation du contrat psychologique, les personnes réagissent de plusieurs façons : elles quittent leur environnement de travail, elles s'expriment dans le but de rétablir la relation d'emploi (de façon constructive ou destructive) ou encore elles subissent passivement ou de façon violente (soit par manque d'alternatives, soit par loyauté vis à vis de son employeur). Pour l'auteur, ces réactions dépendent de l'espoir des personnes de voir leur situation s'améliorer, de leur perception de sa potentielle influence sur la situation et du degré de confiance dans la rela-

tion d'emploi. Mais aussi de l'issue de leurs éventuelles tentatives de renégociation du contrat psychologique, de leur situation personnelle et de la possibilité de trouver un autre poste ou emploi.

D'après nos constats, diverses réactions en réponse à la violation du contrat psychologique se succèdent en fonction des stratégies ou comportements organisationnels que les personnes rencontrent. Il s'agit selon nous de « réactions en boucle ». Lorsque nous rencontrons les personnes pour la première fois ce processus est déjà entamé du fait du décalage entre le moment de la perception de rupture du contrat psychologique, le moment où une aide médicale est sollicitée et le moment de l'entretien d'évaluation dans le service. Nous avons évoqué ce décalage plus haut.

La première réaction des personnes, après la perception d'une rupture du contrat psychologique, consiste à exprimer (souvent auprès de leur supérieur hiérarchique direct) leur incompréhension ou leur insatisfaction dans le but de trouver un soutien et une solution (voire de corriger les actions initiées par l'organisation). Il s'agit selon Rousseau (1998) de la « phase expressive constructive ». En règle générale cette phase se déroule avant la prise en charge des personnes dans le service et dans de nombreux cas les tentatives échouent. Le désarroi est alors important et la santé se dégrade. C'est souvent à ce moment là que la personne sollicite le médecin (du travail ou généraliste) et qu'un arrêt de travail est prescrit. Dans notre étude, 79,4 % des personnes sont en arrêt pour raison de maladie en début d'accompagnement. Les résultats statistiques démontrent que, lors des premiers entretiens, 40,2 % des personnes tentent toujours de renégocier les bases du contrat psychologique, dans l'espoir d'aboutir à une régulation des attentes et des règles du jeu qui portent sur les obligations et les promesses.

Les résultats indiquent aussi, que 76,5 % d'entre elles ne semblent pas se résigner mais résistent aux stratégies et/ou aux changements qu'elles subissent. Souvent elles s'opposent à des nouvelles règles dont elles ne comprennent pas les logiques. Cette attitude de résistance s'accompagne parfois d'une demande d'aide nous l'avons dit. En effet, les nombreuses restitutions mettent en exergue le fait que les stratégies organisationnelles sont vécues comme des stratégies de harcèlement psychologique. Nos constats sont validés par les résultats empiriques. 58 personnes de notre échantillon font preuve d'attitudes de résistance et se plaignent d'avoir vécu des stratégies de harcèlement moral au préalable. Ces personnes s'expriment toujours mais sur un mode destructeur (Rousseau, 1998). Nous considérons alors que les personnes se trouvent dans l'étape suivante « la phase d'expression destructive ».

Le travail clinique que nous avons réalisé au cours des consultations nous permet de prétendre que ces phases successives entraînent généralement

une aggravation progressive de la situation et qu'elles peuvent provoquer un vécu persécutif avec les troubles associés. Les résultats statistiques vont dans ce sens : la situation de travail s'améliore surtout pour les personnes qui ne perçoivent pas de stratégies de harcèlement.

Viaux et al. (2004) ont identifié, dans leurs travaux sur le processus de harcèlement moral, cette dynamique pernicieuse déclenchée par le sentiment de violation du contrat psychologique que nous venons de décrire. Les auteurs postulent que pour tenter de défendre ses valeurs ou une certaine conception de son travail, le sujet va s'opposer à la stratégie dominante et va progressivement « s'enliser » dans un conflit d'éthique. Selon eux, il s'agit d'un « enchaînement de situations qui rend l'enlissement quasi-automatique, la dégradation de la relation devient inévitable une fois un cap de non-retour dépassé ». Les stratégies de harcèlement psychologique ont, dans certains cas pour but d'exclure le sujet de l'entreprise dès lors que les valeurs qu'il défend dérangent ou perturbent (cf. chapitre II). Dans notre étude, près d'un tiers des personnes (32,5 %) quittent définitivement l'entreprise au cours de l'accompagnement, 17,2 % changent de poste, 12,7 % ont des projets de réorientation professionnelle. Pour 15 personnes nous n'avons pas d'information sur leur situation en fin du suivi.

Les résultats montrent à quel point ce mouvement en spirale, ce processus destructeur est coûteux notamment pour la relation d'emploi.

C'est en terme de transition que l'on peut qualifier les transformations du travail et des rapports que les individus élaborent dans leurs situations professionnelles. Parkes (1971) définit les transitions psychosociales comme des passages qui scandent la socialisation au cours desquels « les personnes évaluent les portées de ces transformations et prennent conscience que leur attitudes et comportements ne sont plus appropriés et leurs représentations (y compris celles qu'elles se font d'eux-mêmes) changent ». Ces transitions peuvent être circonscrites de désadaptations et de souffrances en particulier, lorsque les restructurations psychologiques qui s'y produisent aboutissent à des comportements dépressifs, anxieux ... « lorsque les sujets ont le sentiment de ne plus avoir de maîtrise, de ne pas être à la hauteur des performances qu'on attend d'eux ou qu'ils s'assignent à eux-mêmes » (Ehrenberg, 2000) (cf. chapitre I).

Les résultats de notre recherche montrent que lors des premiers entretiens, 89,3 % des personnes souffrent de troubles anxio-dépressif ou de dépressions qui sont en rapport étroit avec leur vécu professionnel. C'est d'ailleurs une des raisons majeures des orientations vers le dispositif « souffrance au travail » du CHU. Dans son travail, le sujet « engage son identité et

sa santé » (Davezies, 2006). Lorsqu'il ne parvient pas à dépasser les tensions provoquées par des conflits (relationnels, internes, d'éthique etc.) et lorsque les activités et les valeurs auxquelles il a adhéré sont mises en doute, alors son identité est ébranlée.

A l'inverse, en face de perturbations le sujet peut imaginer et mettre en œuvre des stratégies pour s'en sortir. Ce sont là des activités de personnalisation. Ces activités s'accomplissent « en réaction au processus d'aliénation » (Malrieu, 1973) et aux risques d'une désocialisation au travail.

Les résultats statistiques mettent en exergue une nette amélioration de l'état de santé constatée en fin d'accompagnement pour 60,2 % des personnes. Ils montrent aussi que le retrait définitif ou temporaire n'agit pas directement sur cette amélioration. Nous sommes, néanmoins, tentés de noter à partir de nos observations cliniques, que la prise de recul à l'égard du contexte professionnel a une influence sur l'état de santé. La mise à distance facilite la recherche par les sujets de réponses à leurs questionnements. Notre rôle de psychologue dans le dispositif du CHU est d'aider les personnes dans cette distanciation, à passer d'une position émotive à une position réflexive qui les aide à comprendre ce qui leur arrive. Le fait de mettre des mots sur le ressenti de la souffrance permet aux personnes d'augmenter leur capacité à en débattre, à reconnaître les raisons et à accroître leur capacité à agir (Davezies, 2006).

Par appui sur notre expérience clinique au sein de la consultation, nous avons pu repérer plusieurs éléments récurrents dans les discours. Il s'agit des changements de la représentation du travail, de la transformation de l'engagement organisationnel, du changement de type de contrat psychologique et de la redistribution du système des activités.

Les résultats statistiques donnent un soutien concret à nos constats : une amélioration de l'état de santé psychologique (relevé au temps 2 de recueil) va de pair avec les restructurations psychologiques (également relevé au temps 2). Environ la moitié des personnes prennent conscience des enjeux (de pouvoir, stratégiques, politiques, financiers...) dans le contexte professionnel et en ce cas, souvent la valeur travail perd de son importance.

Si l'on se fie aux propos des personnes en consultation on peut estimer que cette restructuration psychologique, si elle aboutit à mettre en place des stratégies de faire face, favorise une amélioration de la situation et par ricochet l'état de santé s'améliore. Les résultats statistiques confirment partiellement les observations cliniques. Ils mettent à jour, d'une part que la situation a tendance à s'améliorer lorsque les personnes perçoivent des stratégies organisa-

tionnelles neutres ou positives à leur égard et d'autre part, que l'amélioration de l'état de santé va de pair avec une baisse de l'engagement affectif vis-à-vis de l'organisation. Et ces résultats indiquent que lorsque la situation s'améliore, l'état de santé a également tendance à s'améliorer.

Nous prétendons, qu'après un travail de reconstruction psychologique douloureux pour la personne et coûteux pour l'organisation (coûts liés à une absence temporaire ou définitive) et la mise en place consécutive de stratégies de faire face (l'accompagnement du dispositif aide à y parvenir), la personne assume mieux ses situations (non uniquement professionnelles).

Souvent les sujets se sentent libérés du poids de certaines valeurs transmises (familiales, institutionnelles etc.) et, après avoir fait le deuil d'une certaine vision du travail, d'une représentation précise de la vie professionnelle et une fois que la perception de violation du contrat psychologique s'estompe, ils intègrent davantage la notion de plaisir dans leurs projets professionnels. Et leur rapport au travail change. Un rééquilibrage des différentes sphères de vie fait aussi régulièrement partie de ce changement (dans 26,1 % des situations, nous constatons une redistribution du système des activités). Rappelons que 26,7 % des personnes ont changé de métier en fin d'accompagnement et 12,8 % envisagent une réorientation professionnelle. Nous, les psychologues du dispositif, aidons les personnes dans cette voie de transformation de leurs conduites singulières (registre de leur personnalisation).

Nous parvenons à la conclusion que l'issue à plus long terme peut s'avérer positive pour la personne, à condition que ses activités et ses situations économique, financière, familiale etc. n'entravent pas (trop) ce travail de personnalisation. La stabilisation de son état de santé est l'une des conditions.

Mais ce processus de changement nécessite du temps et n'aboutit pas toujours. Rappelons que pour 32,3 % des personnes l'accompagnement dure plus de six mois et pour 8,9 % il dépasse l'année.

Il n'en est pas de même pour la relation d'emploi.

Au mieux la relation se poursuit (dans 32,2 % des cas), mais le risque de se désinvestir professionnellement, de se désengager est grand, nous l'avons précisé plus haut. Et même si la situation en fin d'accompagnement s'améliore (dans 47,2 % des situations) elle reste néanmoins fragile et instable. La volonté mutuelle de renégocier les bases du contrat psychologique tout comme la construction d'un nouveau projet professionnel prennent du temps. Et la relation d'emploi peut se rompre du fait de réorientations professionnelles ultérieures.

Au pire, la relation d'emploi se brise, soit parce que les bases du contrat psychologiques n'ont pas pu être renégociées (manque de volonté, manque de

possibilité du fait de changements mis en place par l'organisation, etc.), soit parce que le point de non retour a été atteint (trop de conséquences irréversibles qui, malgré parfois une volonté manifeste de l'organisation de réenvisager le contrat psychologique, empêchent la poursuite de la relation). Le temps qui s'écoule entre le début des difficultés professionnelles rencontrées (et le diagnostic médical posé) ainsi que le délai entre la demande du rendez-vous et le premier entretien psychologique dans le dispositif font que la problématique est identifiée et traitée trop tardivement, ce qui explique l'enlisement (dans un tiers des situations).

Ainsi les conséquences de ces situations de souffrance sont lourdes. Et dans l'intérêt de tous, les actions curatives, tels nos accompagnements dans le dispositif, mais aussi et surtout les actions préventives devraient se multiplier afin de réduire ce fléau qui ne doit pas être considéré comme une fatalité. Il est nécessaire de remettre l'humain au centre de l'activité de travail. En outre, un meilleur vécu professionnel individuel et collectif ne pourra qu'accroître la performance organisationnelle.

CHAPITRE X

Conclusion générale

Nous allons présenter, dans ce chapitre de conclusion les limites et les intérêts de la recherche. Les apports de l'accompagnement psychologique tel qu'il est proposé dans le dispositif « souffrance au travail » au sein du CHU de Toulouse seront ensuite discutés sans, bien évidemment, omettre d'évoquer les apports théoriques de la thèse. Nous proposerons des prolongements qui nous semblent possibles pour, d'une part, affiner et poursuivre la recherche et, d'autre part apporter des réflexions concernant la prévention des risques psychosociaux dans les environnements professionnels actuels. Nous nous interrogerons sur la pluridisciplinarité et l'association de différentes méthodes sur l'efficacité de telles approches. Et plus globalement sur la place, plus exactement les places et les différents rôles que pourrait occuper le psychologue dans les organisations du travail.

X-1. INTERETS ET LIMITES DE LA RECHERCHE

L'approche psychosociale dans laquelle s'inscrit ce travail de recherche combinée avec la méthode d'investigation clinique est, sans doute, l'une des plus adaptées pour explorer la dimension subjective des situations de souffrance au travail sans pour autant qu'en soient minorées les conditions matérielles concrètes. Ainsi, nous avons voulu étudier conjointement les processus de développement des personnes et les processus de changement des organisations. Sous cette perspective, nous nous sommes centrés plus particulièrement sur les processus d'ajustement et de restructuration des personnes consécutifs aux changements intervenus dans leur relation d'emploi et le contrat psychologique.

La consultation psychologique du dispositif institué au sein du CHU a constitué le cadre de notre recherche. Elle privilégie une « posture clinique » qui permet, grâce à l'interaction qui naît de la relation entre le psychologue et la personne en demande de soutien, d'accéder à la signification des problèmes professionnels exprimés par cette dernière. La visée principale de cette relation d'écoute et d'aide est de permettre à la personne de prendre de la distance pour comprendre ce qui lui arrive pour réagir et se projeter professionnellement, socialement et personnellement « en dehors » d'une situation bloquée. Le travail d'analyse effectué lors des accompagnements individuels constitue une richesse qui a pu être mise en lumière dans cette recherche. Tout en respectant le principe d'intervention de la consultation, le travail clinique a répondu simultanément aux besoins de la recherche. Notre pratique, en effet, a nourri les hypothèses qui, à leur tour, nous ont aidé dans la compréhension des situations évaluées.

Mais du fait de ce cadre spécifique, nous n'avons pu pleinement combiner la méthode clinique avec d'autres méthodes de recherche. Les personnes qui sollicitent le soutien du dispositif au sein du CHU de Purpan et qui constituent notre population de recherche, sont en état de souffrance souvent aiguë. Il n'était pour nous, psychologues impliqués dans la dynamique du service, pas envisageable durant la phase d'accompagnement de leur proposer un autre cadre. Nous devions préserver durant le suivi des personnes notre positionnement « d'aidant » et une déontologie exigeante, des méthodes telles des questionnaires systématiques ou des entretiens directifs de recherche étaient donc de notre point de vue à exclure. Le recueil des données s'est focalisé sur les informations que nous avons pu extraire des dossiers des personnes en accompagnement dans le dispositif et des entretiens cliniques que nous avons menés avec elles.

Le concept de « contrat psychologique » sur lequel nous nous sommes appuyés, nous a aidé dans la recherche de la signification de ces situations et dans l'analyse des événements, des processus et des conflits sous-jacents. Ce concept, en effet, nous a permis de saisir, outre la dimension subjective, la dynamique, le caractère évolutif du phénomène de souffrance au travail. Et en cohérence avec notre conception d'un sujet non seulement actif mais aussi pluriel nous sommes parvenus à mettre en lumière les processus de régulation entre activités des diverses sphères de la socialisation des personnes. À l'issue de cette recherche il est possible de proposer un modèle explicatif des déterminants et des effets des situations de souffrance au travail (présenté plus bas).

Notre population de recherche est très homogène concernant le type de contrat psychologique dans lequel la relation d'emploi des personnes étudiées s'inscrit. Les résultats indiquent des contrats majoritairement de type relationnel (87,7 % en début du suivi psychologique). Certes le fait de n'avoir pas été en mesure, à cause de la prédominance des contrats psychologiques relationnels, de comparer les différentes populations avec contrats de type relationnels et contrats de type transactionnels (34,1 % en fin d'accompagnement), ces résultats suscitent des réflexions.

On peut se demander si la typologie que proposent Rousseau (1998) et Morrisson et Robinson (1997) de deux grandes catégories de contrats psychologiques qui se situent à l'opposé d'un « continuum contractuel bipolaire » allant du contrat psychologique transactionnel au contrat relationnel peut encore s'appliquer aux contextes professionnels d'aujourd'hui en mutations complexes.

Si l'on suit De Meuse et al. (2001), ils affirment que les profondes mutations dans le monde du travail sont à l'origine d'une évolution du contrat psychologique. On assiste à un affaiblissement des contenus relationnels du contrat psychologique. Certaines des obligations sur lesquelles le contrat de type relationnel repose s'effritent. Il s'agit d'une relation sans limite de durée, un fort engagement du salarié et de l'employeur (loyauté contre sécurité d'emploi), un haut degré de mutualité et d'interdépendance et relation d'emploi fondée principalement sur la confiance (cf. chapitre III). Le contrat psychologique de type relationnel « cède du terrain » dans les nouvelles structures du travail au profit du contrat psychologique transactionnel qui se fonde sur des obligations de courte durée et ne réclame pas un véritable engagement mais un engagement provisoire des partenaires concernés. Nos observations cliniques, à partir des situations de travail très diverses issues d'organisations de tailles et de types très variées, incitent à penser que de nombreuses entreprises et administrations ont changé les règles du jeu et une grande partie des salariées ou agents n'ont pas saisi ou n'admettent pas les nouveaux fonctionnements.

Doit-on déduire de ces résultats que les personnes déclarées en situation de souffrance au travail ne sont pas, ou plus, ou pas encore adaptées aux nouvelles règles que dictent les organisations ? Et que seules les personnes qui démontrent une implication personnelle limitée dans leur travail avec peu de flexibilité, un faible engagement dans un cadre temporel donné parviennent à se satisfaire de leur relation d'emploi ? Celle-ci repose surtout sur des obligations spécifiques de courte durée, de nature économique. Les mutations actuelles correspondent à un monde du travail essentiellement préoccupé par la performance individuelle où les collectifs du travail sont de plus en plus mis à mal, dans lequel même les personnes qui entretiennent une relation transactionnelle finissent par être fragilisées car leur activité de travail est affectée par une perte de sens.

L'affaiblissement des contenus relationnels du contrat psychologique traduit dans une large mesure, la transformation du travail que Dejours (2011) nomme le « tournant gestionnaire » pris depuis les années 1980. La « réhabilitation » du travail passe, selon Dejours, par la valorisation du travail collectif, la reconnaissance de l'implication individuelle et collective qui représente un besoin pour les personnes pourtant de plus en plus bafoué ces dernières années. Ainsi, la diminution des situations de souffrance au travail ne passe-t-elle pas aussi par une réhabilitation du contrat psychologique de type relationnel et, conjointement, par un approfondissement et une diversification des méthodes appliquées à des améliorations des conditions même du travail ?

X.2. APPORTS DE LA RECHERCHE

X-2.1. APPORTS SCIENTIFIQUES ET THEORIQUES

Travailler c'est non seulement bénéficier d'un apport matériel grâce à une rémunération mais « c'est aussi participer activement à la transformation de soi-même pour gagner, lorsque cela est possible en plaisir, en intelligence et en autonomie » (Clot cité dans Lallement, M., 2010 p. 9). Lallement (2010) ajoute à cela que « travailler c'est aussi agir avec les autres, apprendre et partager des codes communs, lutter et passer des compromis, bref se socialiser et s'intégrer au monde social ». Il est de plus en plus admis que la fonction de construction identitaire du travail est mise en danger dans les contextes professionnels actuels. De même, on assiste à une destruction des liens sociaux et à une désolidarisation des collectifs du travail. En résulte un mal-être qui s'étend à tous les milieux professionnels, tout autant dans la fonction publique que dans le secteur privé comme l'illustrent les résultats que nous avons présentés dans les chapitres précédents.

L'étude des déterminants et des effets des situations de souffrance au travail que nous avons menée au cours de cette thèse avait pour but d'apporter un éclairage sur les conséquences des changements profonds qui s'opèrent sous nos yeux dans le monde actuel du travail à la fois sur les relations d'emploi, sur l'état de santé tant physique que psychologique des personnes et sur les réactions des individus face à ces situations vécues très souvent comme douloureuses, anxiogènes, origines du stress et de souffrance. Ce travail de recherche a abouti à mettre en évidence quelques uns des facteurs et des processus en jeu dans les phénomènes de stress et de souffrance au travail.

Il nous permet d'élaborer un modèle explicatif des déterminants et effets de la souffrance en milieu de travail que nous présentons ci-dessous.

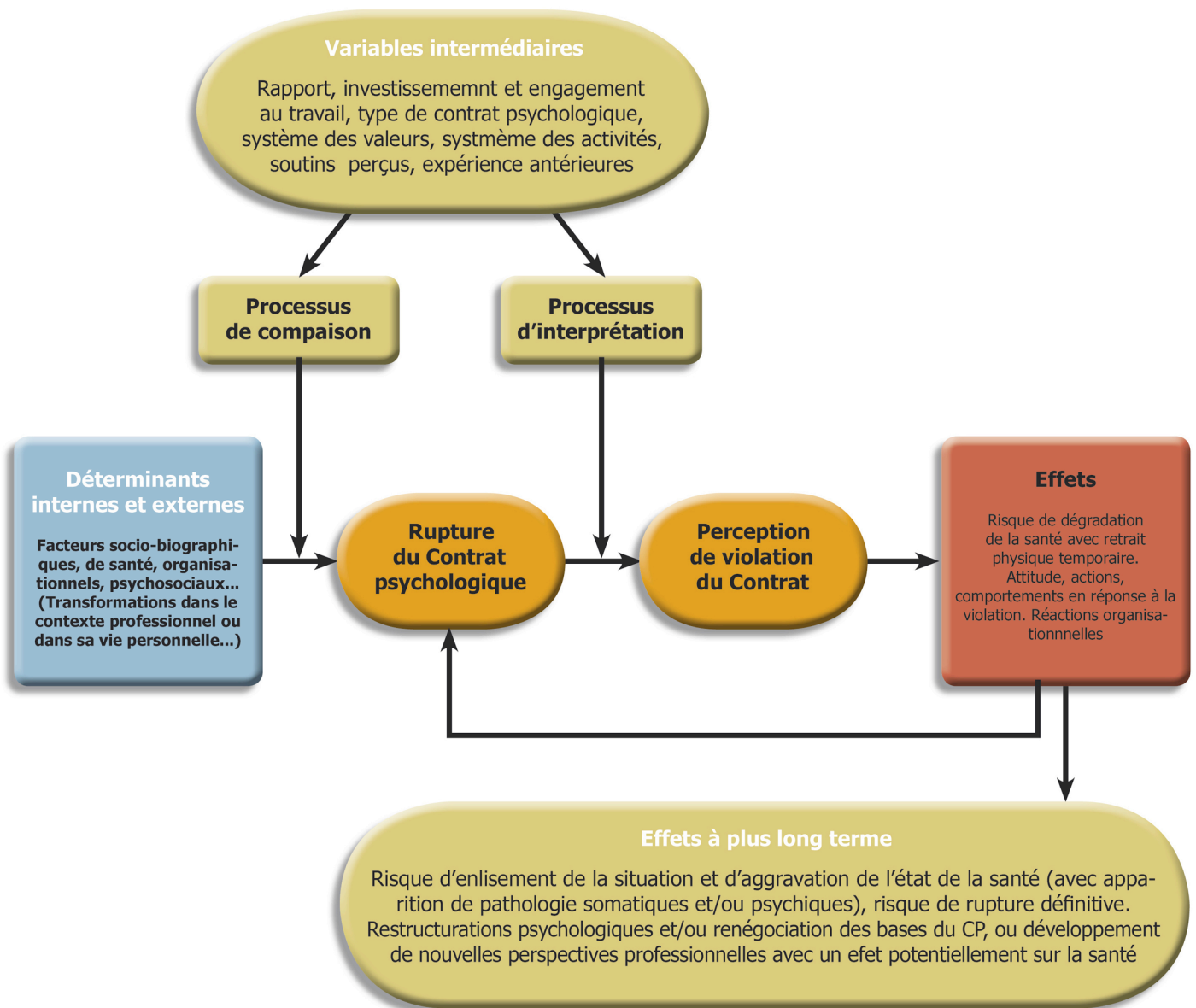


Figure 38 - Notre modèle explicatif des déterminants et des effets des situations

En guise de synthèse nous indiquons plusieurs aspects saillants de notre recherche.

Dans le contexte hospitalier des observations et pour la population étudiée, les *déterminants* des situations douloureuses sont *internes et externes*. Notons que : 69,8 % des personnes ont plus de 40 ans, 54 % des personnes ont des enfants à charge, près d'un quart des personnes sont séparées, divorcées ou veufs et les trois quarts des personnes sont des femmes. Au titre des facteurs explicatifs il y a des facteurs de santé (29,1 % ont des antécédents psychiatriques connus), des facteurs organisationnels : dans 85,4 % des situa-

tions professionnelles des transformations sont intervenues dans les activités professionnelles des personnes. On trouve également des « cumuls » de changements dans la sphère professionnelles et la sphère privée (43,7 % des personnes déclarent avoir vécu des changements dans ces 2 sphères de leur vie personnelle et sociale).

Par ces déterminants pourraient être expliqués dans la majorité des cas (96,1 %) des *détériorations des conditions ou/et des relations de travail*. Ces détériorations correspondent globalement aux risques psychosociaux décrits dans la littérature scientifique (cf. chapitre VII) et sont perçues par de nombreuses personnes, de notre échantillon, comme une ou des sous-réalisations des promesses organisationnelles. Cela déclenche le processus de comparaison et aboutit (lorsque le phénomène perdure) au sentiment de *rupture du contrat psychologique*.

Dans notre recherche, la rupture du contrat psychologique est perçue dans 71,9 % des situations étudiées comme une *violation de ce contrat* et du système de relation qu'il a institué. Le sujet est dans l'incapacité de réguler des conflits de valeurs, un désarroi et des déséquilibres qui sont liés à un profond sentiment d'injustice et d'incompréhension (cf. chapitre VIII).

Le *processus de comparaison* déclenché lors d'une répétition de promesses organisationnelles considérées comme non tenues ainsi que le *processus d'interprétation* dont dépend la perception de violation du contrat psychologique (ces deux processus font référence au modèle de Morrisson et Robinson, 1997) sont médiatisés par des « *variables intermédiaires* ». Il s'agit des expériences professionnelles antérieures, de la qualité de la relation d'emploi d'initiale et de sa durée : pour 60,1 % des personnes cette relation est basée sur des sentiments de confiance, de considération et de respect mutuel, 72,8 % des personnes perçoivent un fort soutien social. Il s'agit aussi du degré d'investissement dans leur organisation et de la centralité du travail dans leur système d'activité : 85,4 % des personnes semblent fortement investies dans leur entreprise ou leur administration. Il s'agit, nous l'avons maintes fois noté, du type de contrat psychologique, du type d'engagement organisationnel (31,4 % témoignent d'un engagement organisationnel affectif et pour 41,2 % des personnes l'engagement est de type moral) et du système des valeurs (dans 47,5 % des cas, un changement de valeurs et/ou de la culture de l'entreprise est invoqué). Éléments présentés au chapitre VII.

Les *effets sur la santé* de ces situations de souffrance au travail constatés dans notre étude confirment les résultats de nombreuses enquêtes menées depuis quelques années. Elles indiquent régulièrement que la souffrance et le stress au travail représente aujourd'hui la principale cause de pathologie professionnelle avec les troubles musculo-squelettiques (cf. chapitre I). Nous

nous sommes référés dans la définition des critères d'évaluation sur les diagnostics posés par les médecins traitants et les médecins du travail et nous avons réévalué l'état de santé des personnes (et son évolution) lors des entretiens cliniques (d'évaluation et d'accompagnement). Les troubles repérés représentent souvent les causes des arrêts maladies prescrits aux personnes reçues dans le dispositif. Les sujets se trouvent souvent affectés par : des troubles du sommeil (40,8 %), des troubles d'appétit ou digestifs (21,6 %). Ils présentent régulièrement des syndromes anxio-dépressifs (62,1 %). Des dépressions (43,7 %) ou des états dépressifs et des somatisations font également partie des tableaux cliniques (cf. chapitre VI).

L'effet sur la relation de travail se traduit régulièrement par un retrait temporaire de l'environnement du travail (79,4 % des personnes sont en arrêt maladie lors des entretiens d'évaluation). La méthode diachronique nous a permis de prendre en considération l'évolution à la fois de l'état de santé et de la situation professionnelle et de mieux approcher les processus d'ajustement et de restructuration des personnes consécutifs aux changements intervenus dans leur relation d'emploi. Ce qui nous a aussi permis de considérer *les effets à plus long terme* (cf. chapitre XI). Nous assistons à un phénomène en spirale, à des réactions en boucle. La première attitude des personnes face à ce qu'elles vivent comme la violation du contrat psychologique consiste généralement à réagir à ces changements subis (40,2 % des personnes tentent de renégocier les bases du contrat psychologique : la première expression est constructive). Mais les réponses de l'organisation aux réactions des personnes sont dans plus de la moitié des cas vécues comme des stratégies de mépris, de rejet, de harcèlement. Aussi, les personnes s'expriment, dans un deuxième temps, sur un mode plus destructeur pour la relation d'emploi et la confiance qui en est une dimension. Elles résistent aux changements ou stratégies qu'elles subissent. S'en suit dans 50,5 % des cas un enlèvement de la situation. Et à plus long terme nos résultats indiquent qu'un tiers des personnes quittent définitivement l'entreprise tandis qu'un tiers changent de poste de travail ou ont des projets de réorientation. Seulement 29,1 % des personnes occupent toujours leur poste en fin d'accompagnement. Mais nos résultats mettent aussi en exergue une nette amélioration de l'état de santé constaté en fin d'accompagnement (60,2 % des personnes). Ce qui, d'après nos résultats statistiques ne semblent pas liée au retrait définitif ou temporaire mais plutôt à la perception de stratégies organisationnelles de soutien et à la baisse d'un engagement affectif vis-à-vis de l'organisation. Parallèlement les résultats indiquent que s'opèrent des restructurations psychologiques qui produisent des effets sur le système des activités et la personnalisation des sujets. Il y a un rééquilibrage entre les activités des différentes sphères (observé dans un quart des

situations), le rapport au travail change. Dans 34,1 % des cas le contrat psychologique de type relationnel se transforme en contrat de type transactionnel et 48,9 % des personnes se désengagent affectivement, prennent des distances vis-à-vis de leur travail. Ce qui ne signifie pas que celui-ci soit dévalorisé. C'est la représentation que les sujets en ont et leurs rapports aux autres activités qui sont modifiés.

Les résultats de notre recherche confirment l'hypothèse de Robinson et Morrisson (2000) selon laquelle ce n'est pas la rupture du contrat psychologique en elle-même qui provoque les sentiments de souffrance, mais le sentiment de violation qui en naît. Les réactions affectives et émotionnelles qui accompagnent la rupture seraient, selon ces auteurs, « la conséquence ultime » d'une succession d'événements, de comportements et d'interprétations qui débutent avec la perception des promesses non tenues par l'organisation. De même, les résultats montrent que la souffrance au travail provoque certes des blessures narcissiques profondes, mais peut inciter, au travers de la recherche de stratégies « pour s'en sortir », l'imagination de nouveaux possibles (Clot, 1995 et Dubar, 2000). Parvenir à se projeter « autrement » dans son travail dépend d'une part de l'étendue des difficultés (71,8 % des personnes se plaignent des répercussions matérielles, familiales, notamment des difficultés professionnelles). D'autre part, élaborer des nouveaux projets et les réaliser (26,6 % des personnes y parviennent durant le suivi dans le dispositif) nécessite des ressources, du soutien et du temps (pour 60,7% des personnes la sphère hors travail contribue à donner ces ressources, ce soutien, ce temps). L'accompagnement psychologique qui est proposé par le dispositif du CHU représente – cela paraît clair - un soutien pour elles. Dans une large mesure on peut estimer qu'il participe à leur socialisation et leur personnalisation, à la quête de sens de leur différentes activités dans leurs milieux de vie (réductibles à la profession).

X-2.2. APPORT PRATIQUES

Les salariées et agents qui constituent notre échantillon de recherche ont été orientés vers le dispositif « souffrance au travail » du CHU par les médecins du travail et les médecins de prévention pour la fonction publique. Soit les personnes ont été diagnostiquées en souffrance en lien avec le travail lors de visites médicales systématiques, soit elles ont sollicité l'aide du médecin du travail. La raison d'avoir accepté l'orientation a été pour beaucoup l'incompréhension de ce qui leur arrivait et l'impossibilité d'y faire face. On

comprends dès lors l'importance d'un tel dispositif à la fois curatif et préventif.

Outre l'aide apportée aux médecins du travail dans l'évaluation de l'imputabilité de la dégradation de la santé psychique à la situation professionnelle et des retentissements et dans leurs prises de décisions concernant l'inaptitude temporaire ou définitive, cf. chapitre I, notre travail clinique dans le dispositif (cadre de cette étude) consiste à aider le salarié à comprendre les tenants et aboutissements individuels et organisationnels des problèmes qu'il doit affronter.

Nous avons analysé avec ces personnes en souffrance la genèse des contraintes et du mal être psychiques et leur évolution, tout au long de l'accompagnement, et celle de leur situation de travail. Il s'agissait de les aider à trouver une position réflexive à l'égard de leurs rapports au travail. C'est là un passage nécessaire pour l'élaboration de nouvelles perspectives socioprofessionnelles. Le repérage et l'analyse des conflits apparents et sous-jacents, l'étude de l'environnement professionnel, de la culture d'entreprise, du fonctionnement managérial, des stratégies organisationnelles ainsi que la compréhension de leur systèmes de valeurs les amènent à se questionner sur le rôle qu'elles jouent, sur celui qu'elles peuvent encore espérer jouer et aussi sur le rôle qu'elles souhaitent éventuellement encore jouer dans leur organisation (cf. chapitre I). La prise de conscience de tous ces facteurs permet, au moins lorsqu'il n'était pas trop tard, de solliciter des comportements (sur un mode actif, constructif, originaux).

Le fait de mettre des mots sur la souffrance (sur ses déterminants et ses effets) et de s'exprimer en dehors de tout jugement permet aux personnes « d'augmenter leur capacité à en débattre et donc d'accroître leur capacité à agir » (Davezies, 2003). L'objectif du travail dans le dispositif est bien d'apporter une aide psychologique, afin que les personnes puissent redevenir actrices de leur vie professionnelle et au-delà de l'ensemble des circonstances de leur socialisation.

Nous avons réalisé avec les personnes un travail de « déconstruction » avec appui de notre modèle théorique. Nous avons repéré les échanges, les résonances, les ressources et les obstacles dans le système que forment les activités des différents domaines de vie des personnes.

Nous avons pu noter que l'accompagnement a participé à l'amélioration de l'état de santé (67,4 % des cas en fin d'accompagnement), qu'il a favorisé les restructurations d'attitudes et d'activités et, pour certaines personnes, qu'il a aidé à amorcer un changement d'orientation dans leur vie personnelle et professionnelle (26,6 % des personnes ont changé de métier et 17,2 % ont changé de poste de travail au cours du suivi).

Mais l'investissement temporel des partenaires de l'échange est important pour parvenir à ce résultat. Ainsi, le temps dont dispose le psychologue pour conduire ses entretiens d'évaluation ou d'accompagnement (1h30 en moyenne) s'avère indispensable et plusieurs entretiens sont nécessaires. Rappelons aussi que l'accompagnement peut durer une année, voire plus, c'est le cas pour 15,7 % des personnes accueillies et suivies.

Les résultats statistiques valident nos observations cliniques, l'accompagnement psychologique semble bénéfique pour les personnes en souffrance. On peut considérer que le soutien du dispositif contribue à la reconstruction identitaire, à la recherche de solutions et à l'élaboration de nouveaux projets professionnels.

Il n'en est pas de même concernant la relation d'emploi. Seulement 32,2 % des personnes occupent le même poste à la fin de l'accompagnement au moins de façon provisoire et il ne faut pas oublier que 12,7 % des sujets envisagent une réorientation professionnelle. Le temps qui s'écoule entre la demande du rendez-vous et le premier entretien psychologique dans le dispositif est parfois très long. Ce qui peut expliquer, pour une part, que dans près d'un quart de situations étudiées dans notre recherche, la procédure d'inaptitude médicale à tous postes de l'entreprise avait été prononcée avant même que nous ayons rencontré la personne. Dans ces cas, l'aide du dispositif n'a pu avoir aucun effet sur la relation d'emploi qui était déjà rompue avant la première rencontre entre le psychologue et la personne en souffrance.

X.3. PROLONGEMENTS POSSIBLES

X-3.1. PROLONGEMENTS THEORIQUES

Nous avons tenu à préserver le rôle d'aidant auprès de la population étudiée durant toute la durée du suivi psychologique dans le dispositif selon les objectifs, les règles, la déontologie propre du dispositif du CHU, nous l'avons mentionné plus haut. Ainsi, le recueil des données effectué en deux temps distincts à partir du travail clinique n'a pu être complété à l'aide d'un autre recueil de données qualitatives issues d'un entretien de fondé sur la recherche de thèse. Ce travail d'analyse qualitatif de type longitudinal pourrait se réaliser en prolongement de notre étude. Il s'agirait d'approfondir nos résultats, au croisement des observations cliniques et des résultats quantitatifs, afin de mieux saisir la dynamique subjective et les processus sous jacents qui

l'expliquent, dans le développement du contrat psychologique et dans sa rupture lorsqu'il est perçu comme une violation, vécu comme une injustice.

Nous proposons ci-dessous la grille d'entretien que nous pourrions utiliser. Pour la clarté de la lecture, nous distinguons les référents théoriques mobilisés et leur traduction en des questions utilisables durant les entretiens. Evidemment, ces questions seraient à affiner dans leur forme, à adapter aux « publics » accueillis.

Grille d'entretien de recherche

1 . REFERENTS THEORIQUES

Selon Rousseau (2001) et Stein (1992), les individus possèdent un schéma concernant la relation d'emploi (croyances). « Ce schéma se construit tôt dans la vie, lorsque les individus développent des valeurs généralisées à propos de la réciprocité et de l'ardeur au travail. Ces valeurs sont influencés par la famille, l'école, les groupes de pairs et les interactions entre les autres travailleurs », Morrison & Robinson (2004). Avant même d'entrer dans son premier emploi, un individu a développé des hypothèses, croyances à propos de ce qu'il devrait donner et recevoir. Ces croyances vont influencer la manière dont il interprète les indices et signaux de l'organisation.

TRADUCTION EMPIRIQUE

- **Quelles valeurs, cultures** (familiales, de métier, expériences acquises dans divers systèmes scolaires, organisations : normes sociales, appartenance groupales, travail passion ...) **ont selon vous influencé la représentation (la construction de ce « schéma anticipatoire ») que vous vous faites d'une relation d'emploi, quelle place occupait votre activité professionnelle dans votre vie ?** (tenter d'identifier rapport au travail, attentes et système des activités avant l'entrée dans l'organisation)

2 . REFERENTS THEORIQUES

Au moment de l'intégration dans l'organisation (socialisation organisationnelle), leurs contrats psychologiques sont « incomplets », selon Blancero et Kleiner (2001) les nouveaux arrivants entament un processus leur permettant de donner sens à la situation en recherchant activement des informations complémentaires et en « *soumettant leur contrat psychologique au test de la réalité* ».

TRADUCTION EMPIRIQUE

- **Comment avez vous vécu votre intégration dans l'entreprise, organisation ? Etait-elle « en phase » avec vos croyances, avec ce qui vous aviez anticipé?** (activité : absence/présence de fiches de description de poste, engagements formels ou non concernant le développement personnel, l'évolution de carrière etc. ; méthodes managériales ; culture et valeurs de l'entreprise, politique d'intégration, fort collectif de travail...)

Grille d'entretien de recherche

3 . REFERENTS THEORIQUES

Rousseau (2001) soutient que, « *dès que le schéma du contrat d'un individu est totalement formé et a passé le test de la réalité, il devient extrêmement résistant au changement* ».

TRADUCTION EMPIRIQUE

- ***Comment s'est déroulée la période précédant la détérioration de la relation de travail?*** (tenter d'identifier les éléments échangés : contributions / rétributions)
- ***Comment perceviez-vous vos obligations envers votre organisation ?***
- ***Comment perceviez-vous les obligations de votre employeur vis à vis de vous ?***
- ***Ces obligations mutuelles, ont elles été exprimées ? formellement ou verbalement ?***
- ***Aviez-vous le sentiment que, durant cette phase ou éventuellement dans une autre expérience professionnelle, votre employeur a tenu ses promesses, obligations ?*** (respect, sous-réalisation ou sur-réalisation des promesses ?)
- ***Si oui, votre activité professionnelle a-t-elle été momentanément source de satisfaction ?*** (relation de confiance, sentiments de considération et reconnaissance) ***pendant combien de temps ?***
- ***A-t-elle entraîné une augmentation de votre investissement/engagement dans l'entreprise ?***
- ***Au détriment de votre vie personnelle en dehors du travail ?***

4 . REFERENTS THEORIQUES

Pour Morrison & Robinson (1997), nous nous trouvons face à une rupture du contrat psychologique quand « *les obligations promises n'ont pas (ou plus) été rencontrées* ».

TRADUCTION EMPIRIQUE

- ***Identifiez-vous les causes de la détérioration de la relation de travail, de vos difficultés ?***
- ***Quel était l'événement déclencheur ou le plus important selon vous ?***
- ***Y a-t-il eu des modifications dans votre environnement professionnel ? Quelle intensité ? Sur quelle durée ?***
- ***Y a-t-il eu des changements dans votre vie privée, dans votre famille, vos loisirs... ?***

5 . REFERENTS THEORIQUES

Dabos et Rousseau ont démontré, que la rupture d'obligations relationnelles provoque des effets plus négatifs que la rupture d'obligations transactionnelles. La rupture du contrat psychologique semble avoir un impact plus grand quand elle entraîne une remise en question des caractéristiques du contrat que quand elle entraîne une « simple » remise en question de son contenu.

TRADUCTION EMPIRIQUE

- ***S'il y a eu des modifications professionnelles, ou des changements personnels, comment ont-ils été introduits ?*** (qualité de communication)
- ***Quels impacts avaient-ils sur l'activité, sur les relations interpersonnelles ?*** (tenter d'identifier: quelles promesses de part et d'autre n'ont pas été tenues ...)
- ***Y a-t-il eu des échanges ?*** (renégociation des bases du contrat psychologique)
- ***Ont-ils entraîné une dégradation des conditions du travail ?***

Grille d'entretien de recherche

6 . REFERENTS THEORIQUES

Selon ces auteurs, la violation du contrat psychologique correspond à un état émotionnel et affectif qui peut résulter de la croyance selon laquelle l'organisation n'a pas réussi à maintenir adéquatement le contrat psychologique.

TRADUCTION EMPIRIQUE

- *Comment avez-vous vécu cette dégradation relationnelle et/ou des conditions du travail ?* (recherche des réactions affectives, processus sous jacents, perceptions : conflit interne, conflit de valeurs : incapacité d'évaluer et de traiter des contradictions...)

7 . REFERENTS THEORIQUES

Recueil de comportements, attitudes ... du sujet : comportement de résistance ou tentative de renégociation du CP ou autres ?

TRADUCTION EMPIRIQUE

- *Avez-vous tenté d'y faire face ? Comment ? Referiez-vous la même chose maintenant ?*

8 . REFERENTS THEORIQUES

Identification des stratégies organisationnelles perçues en réponse aux réactions du sujet.

TRADUCTION EMPIRIQUE

- *Quelles ont été les réponses de la part de l'organisation à vos attitudes, comportements (présence ou absence) ?*
- *Comment vous les avez-vous perçues ?*

9 . REFERENTS THEORIQUES

Etude des effets de ces comportements et attitudes mutuels, de l'échange interactif sur la situation problématique du sujet.

TRADUCTION EMPIRIQUE

- *Quels effets a eu la situation sur la relation de travail ?*
- *Y a-t-il eu des tentatives de réajustement des obligations perçues ?*
- *Avez-vous le sentiment que la situation s'est améliorée ou enlisée ?*
- *De façon temporaire ou durable ?*

10 . REFERENTS THEORIQUES

Identification des soutiens perçus par le sujet (soutiens familiaux, amicaux organisationnels, institutionnels y compris l'accompagnement psychologique dans le dispositif... et types de soutiens : matériels, informationnels, affectifs).

TRADUCTION EMPIRIQUE

- *Avez-vous recherché des aides ?*
- *Si vous avez sollicité une aide et que vous avez le sentiment d'avoir été soutenu, sous quelles formes vous a-t-on aidé ?*
- *Quelle aide auriez-vous aimé avoir et que vous n'avez pas eu ?*

Grille d'entretien de recherche

11 . REFERENTS THEORIQUES

Le modèle du système des activités (travaux du laboratoire Psychologie du développement et processus de socialisation). Recherche du degré d'interdépendance entre les différents domaines de vie : cloisonnement ou non : transfert inhibé ou propagation (régulation ou non).

TRADUCTION EMPIRIQUE

- *Avez-vous l'impression que vos difficultés professionnelles ont impacté votre vie hors travail ? Et l'inverse ?*
- *Si oui, de quelle façon ?*
- *Si non, comment avez-vous réussi à protéger vos autres activités que les activités professionnelles ?*
- *Considérez-vous que les activités hors travail ont été des ressources ou des contraintes supplémentaires dans la situation que vous vivez ?*

12 . REFERENTS THEORIQUES

Evolution après la fin de l'accompagnement : santé, rapport au travail, redistribution du système des activités ... (engagements, investissements, resignification du travail, sens, changements de valeurs, d'intérêts...)

TRADUCTION EMPIRIQUE

- *Aujourd'hui, avez-vous le sentiment d'avoir trouvé une issue à vos difficultés ?*
- *Si oui laquelle et la trouvez-vous satisfaisante ?*
- *Êtes-vous actuellement en activité ?*
- *Si oui, occupez-vous toujours le même poste ? ou un autre poste dans la même organisation ?*
- *Si non, travaillez-vous ou projetez-vous de travailler dans un domaine d'activité différent ?*
- *Envisagez-vous un changement de métier ?*
- *Quel est votre état de santé aujourd'hui (conséquence de l'épreuve vécue, sur équilibre psychologique, sur l'estime de soi, sur les relations aux autres, famille, amis ...)? Eventuellement quel traitement ? Suivi thérapeutique ?*
- *Comment concevez-vous le travail aujourd'hui ?*
- *L'activité professionnelle, a-t-elle le même sens qu'avant pour vous ?*
- *La place que vous-accordez au travail, est-elle restée la même ?*
- *Pensez-vous vous investir, vous engager de la même façon, qu'avant cet épisode difficile, dans votre activité professionnelle actuelle (ou future) ?*

X-3.2. PROLONGEMENTS PRATIQUES

Le fonctionnement du dispositif « souffrance au travail » au sein du CHU, et surtout les moyens qui lui sont alloués, ne permettent malheureusement pas de recevoir toutes les personnes rapidement dès qu'elles sont diagnostiquées en souffrance dans leur milieu professionnel par le médecin du

travail. Le délai d'obtention d'un rendez-vous est long (nous l'avons mentionné plus haut) et la situation peut atteindre le point de non-retour. Le besoin de lieux de prise en charge et d'écoute des personnes en souffrance est indéniable. Et il est intéressant d'intégrer cette pratique au sein même de l'entreprise ou de l'organisation comme cela se fait parfois. Le psychologue du travail qui intervient dans cette configuration peut agir en amont, c'est-à-dire l'action qui est peut-être à dominante curative dans le dispositif, est davantage axée sur la prévention en entreprise : sur la prévention des situations individuelles (par la prise en charge et l'étroite collaboration, le travail en réseau entre la médecine du travail, les services de ressources humaines et le management) mais aussi sur la prévention des situations collective en participant à la mise en place des démarches d'évaluation rigoureuse et de prévention des risques psychosociaux. La connaissance que possède le psychologue sur les activités, les métiers, l'organisation de l'entreprise ainsi que sur son fonctionnement et ses dysfonctionnements représente un atout considérable dans sa pratique, dans le suivi dont il peut être un acteur. Nous pensons qu'une prise en charge plus précoce serait bénéfique pour les personnes. Car les conséquences physiologiques et psychologiques graves de situations de souffrance sont liées probablement à la durée d'exposition aux risques (à leur répétition, à leur intensité). Conséquemment, les coûts associés seraient, sans doute, moins élevés pour l'entreprise.

En outre, la réforme de la médecine du travail « prône une approche pluridisciplinaire qui a pour but d'alléger le travail du médecin pour certaines tâches et d'améliorer la prévention » (site du Sénat, avril 2011). De nouveaux intervenants en prévention des risques professionnels seront amenés à épauler ou à compléter la médecine du travail. Il paraît légitime que le psychologue du travail prenne toute sa place dans cette équipe. Il apporte sa part de « la connaissance des sciences du travail », du « facteur humain » et des techniques d'enquête et d'entretiens. C'est une connaissance qui fait souvent défaut dans les entreprises aujourd'hui (Dejours, 2011).

Son rôle peut consister à apporter des aides aux acteurs de l'entreprise susceptibles d'être confrontés à des personnes en mal-être au travail avec pour but la sensibilisation aux risques psychosociaux, aux effets potentiels des changements organisationnels et à leur interprétation subjective. Les salariés en tant qu'acteurs au sein de l'organisation sont à considérer comme partenaires du travail de prévention.

Agir efficacement sur le stress et la souffrance au travail, en les prévenant, nécessite une détection (qui n'est pas aisée) des facteurs de risques psychosociaux. Ceux-ci ne sont pas toujours facilement identifiables. Néanmoins, une logique d'apparition systémique des causes ou combinaisons de causes

multiples avec des effets également multiples et plus ou moins différés dans le temps peut être explorée. Sans vouloir diminuer les causes professionnelles de ces situations de mal-être, loin sans faut, nous pensons cependant qu'il faut ajouter aux facteurs de risques liés au contenu, à l'organisation, à l'environnement, au contexte et aux relations du travail (définis par le Ministère du Travail) certains facteurs de risques spécifiques à la relation de travail qui incluent des caractéristiques individuelles. Car l'appréciation et l'évaluation des conditions de travail résultent pour une part des représentations qu'en a le travailleur en fonction de son expérience subjective et collective.

Nous estimons que notre méthode d'investigation qui est tournée vers l'analyse du contrat psychologique et des déterminants des situations de souffrance au travail (cf. chapitre VII et VIII) peut avoir une utilité dans les entretiens cliniques menées par les médecins du travail voire même dans les entretiens de type évaluatif, par exemple dans le domaine de la gestion des ressources humaines.

Nous proposons un ensemble de questions que nous avons incorporées dans une grille d'entretien (présentée ci-après).

Grille possible d'entretien clinique	
1	La personne a-t-elle subi un ou plusieurs changements dans son environnement professionnel ?
2	Ce ou ces changements ont-ils transformé les valeurs ou la culture de l'entreprise ?
3	La personne a-t-elle le sentiment de ne pas avoir été suffisamment informé sur les raisons des changements introduits ?
4	Ces changements ont-ils entraîné la perception d'une dégradation des conditions et relations du travail (équivalent aux facteurs de risques psychosociaux) ?
5	La personne a-t-elle connu précédemment dans l'organisation une relation d'emploi jugée de qualité, basée sur des sentiments de confiance, de considération et de respect ?
6	L'ancienneté de la personne dans l'entreprise est-elle plutôt longue ?
7	La personne paraît-elle très investie, voir surinvestie dans son travail ?
8	La relation d'emploi s'inscrit-elle dans un contrat psychologique plutôt de type relationnel (qui repose essentiellement sur la confiance et la loyauté mutuelle et qui est caractérisé par une forte implication et un fort engagement mutuel et un haut degré d'interdépendance) ?
9	La personne semble-t-elle plus ou moins intensément affectivement ou moralement engagée vis-à-vis de l'organisation ?
10	La personne a-t-elle le sentiment d'un déséquilibre entre ses contributions et les rétributions de la part de l'organisation (perception d'une sous-réalisation des promesses) ?
11	La personne se plaint-elle d'un manque de soutien au sein de l'organisation (soutien vertical, soutien horizontal, ressources humaines) ?

Grille possible d'entretien clinique	
12	La personne se plaint-elle de troubles psychosociaux (par exemple de signes de stress ou de souffrance, ou autres) ?
13	Est-elle, ou a-t-elle récemment été en retrait temporaire du travail ?
14	La personne semble-t-elle vivre la sphère privée comme une contrainte supplémentaire ?
15	Le travail occupe-t-il une place essentielle dans la vie de la personne ?

Qu'en est-il d'un accompagnement individuel et/ou de groupe qui a pour perspective de prévenir les conséquences psychosociales de changements plus ou moins brusques dans les modes d'organisation du travail, du management, en raison de l'intervention croissante des mécanismes financiers et boursiers, et aussi des craintes dues à l'augmentation du chômage, des déqualifications etc. ?

L'une des fonctions du soutien psychologique (interne aux organismes professionnels) est illustrée par l'essentiel des pratiques mises en œuvre dans le dispositif du CHU de Toulouse Purpan. Ces pratiques doit-on y revenir, visent à recréer chez des sujets en difficultés des conditions favorables à l'expression et au développement de potentialités parmi lesquelles le pouvoir d'agir sur des situations qui leur « échappent » souvent, de réduire les incertitudes que celles-ci révèlent mais aussi les incertitudes qui affectent leur devenir personnel.

On peut faire nôtre et partager la position que développait P. Malrieu à propos des fonctions de la psychologie appliquée. La longue citation qui suit fournit argument à qui veut (le psychologue praticien notamment mais pas seulement) contribuer à lutter contre les risques d'aliénation qui menacent les actrices et acteurs du travail. « Dans une société où les rapports interpersonnels deviennent de plus en plus complexes, de plus en plus médiatisés par des institutions abstraites, qui échappent aux prises du sujet quoi qu'elles agissent sur lui en profondeur, jusque sur ses structures organiques, les risques qu'il encourt sont multiples : ses conduites se désagrègent par fragmentation des tâches, elles sont privées des informations qui leur confèreraient un horizon d'avenir et la liberté du jugement, de la critique s'émousse ; l'homme ne peut plus réfléchir aux conséquences des institutions, il méconnaît l'originalité potentielle des autres et de lui-même. Une insatisfaction se développe, sans que l'on puisse en définir clairement les conditions. Ce sont de telles situations qui appellent l'intervention du psychologue : son investigation porte sur les origines de ces blocages, sources d'arrêt de développement » (Malrieu, 1969, p. 167). Pour cet auteur, la psychologie a pour fonction d'apporter «

une réflexion sur les meilleures conditions du développement des potentialités des individus ». C'est-à-dire que le psychologue praticien doit s'intéresser à l'environnement du sujet afin de participer à le rendre favorable à son développement. Ce faisant, la pratique du psychologue s'éloigne de « l'acte du psychologue praticien qui a été conçu de longue date comme visant une (simple) adaptation de l'individu » « au monde tel qu'il est », aux normes instituées par les milieux du travail (par exemple) et, de fait, à le conformer (à s'assujettir) à ces normes.

La souffrance au travail a été associée pendant longtemps, par les entreprises mais aussi par les salariés, à une défaillance personnelle suscitant des sentiments de honte et de culpabilité chez ces derniers. Ce que plusieurs auteurs (avec Dejours) ont montré. Conséquemment la prévention des risques psychosociaux que les organisations ont mises en place était restée axée essentiellement sur la prévention secondaire. Aussi, nous avons pu observer une multiplication des offres de formation centrées sur le développement personnel en vue d'améliorer les stratégies d'adaptation à la situation. Ces actions, issues de la « psychologie de l'ajustement » (Malrieu), s'appuient sur le modèle transactionnel dont nous évoquons les limites dans le chapitre II. Ces modes de prévention en focalisant sur la responsabilité des individus dans la gestion de leurs difficultés, n'ont pas incité les entreprises ou les administrations, à examiner, à questionner, à reconcevoir, à remettre en cause, les conditions de travail ou l'organisation des tâches dans le respect des dimensions sociales vitales de l'activité de travail.

Les approches cliniques du travail qui regroupent plusieurs courants que nous présentons dans le chapitre II, ont en commun de « dépsychologiser » la problématique des risques psychosociaux (Moliner, 2006). L'auteur précise que pour ces approches le travail correspond à une expérience subjective mais les processus psychiques sont mobilisés par la confrontation du sujet à la réalité du travail.

La prévention, pour être efficace, doit donner priorité aux actions de prévention primaire sans pour autant exclure la prévention secondaire et les actions curatives. Car il s'agit avant tout dans une démarche de prévention de soigner le travail et non les individus (Fernandez, 2009). Nous avons largement décrit les intérêts d'un accompagnement psychologique tel qu'il est proposé dans le dispositif « souffrance au travail » du CHU, mais il doit s'associer à d'autres d'actions ciblées sur les sources des difficultés dans l'organisation afin de les réduire. Cet axe de prévention prend en compte les éléments liés au contenu, à l'organisation et aux relations du travail.

Pour accomplir sa tâche, le travailleur doit en permanence s'adapter, c'est un fait. Cette épreuve subjective permet aux personnes de développer de nouveaux savoir-faire, d'acquérir de nouvelles connaissances, d'élargir leurs possibilités d'action et ainsi leur autonomie (Falzon et Mollo, 2009). Il régule constamment son activité en fonction de son état interne et de son environnement externe. Les transformations introduites dans l'organisation du travail depuis les années 1990 résultent en davantage d'exigences auxquelles les salariés du secteur privé, tout comme les agents de la fonction publique doivent s'adapter et faire face s'ils le peuvent (cf. chapitre I). Les personnes parviennent de moins en moins à réguler individuellement et collectivement les tensions que créent les situations de travail. L'augmentation des risques psychosociaux est une résultante de ces tensions jugées comme excessives et à l'origine de menaces pour la santé et l'équilibre psychique des individus au travail par le réseau ANACT comme par plusieurs des supports officiels publiés ces dernières années.

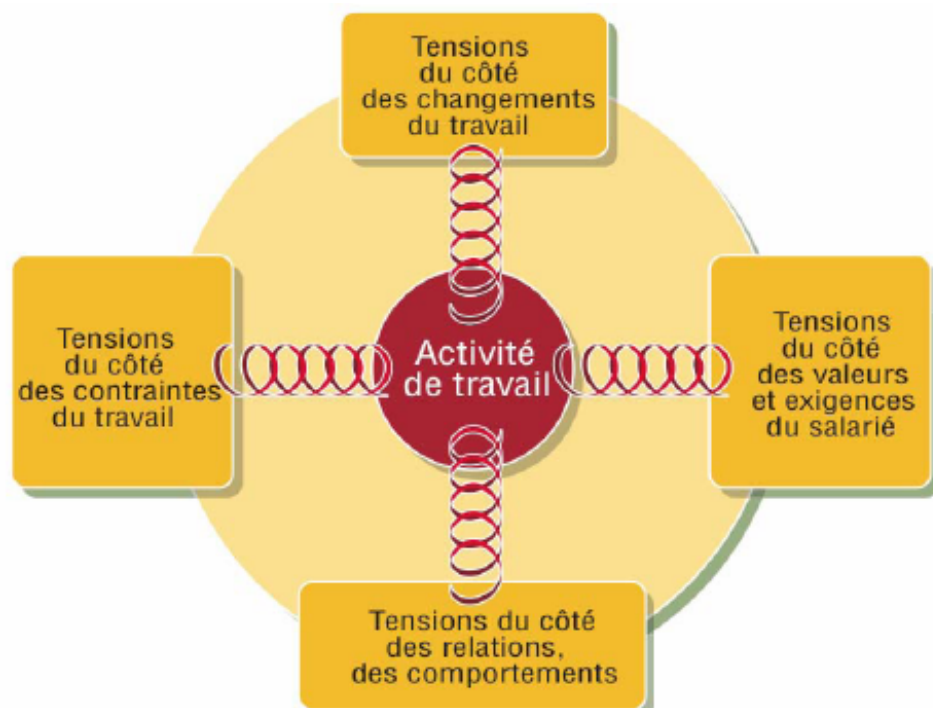


Figure 39 - Les différentes tensions qui influencent l'activité du travail (ANACT, 2009)

Analyser les tensions dans les situations concrètes de travail, cela appelle de remonter aux causes, aux contextes d'organisation qui favorisent l'apparition de risques ou de troubles psychosociaux. L'approche causaliste permet le repérage et l'identification d'éléments pathogènes de l'organisation

mais s'avère insuffisante notamment pour une visée transformatrice (cf. chapitre II). L'étude des tensions (en vue de leur régulation et de leur dépassement) passe, selon nous, impérativement par une analyse de l'activité telle qu'elle est vécue. Car ce ne sont pas les épreuves du travail qui sont stressantes, mais l'incapacité de les maîtriser, cette « amputation du pouvoir d'agir » (Clot, 1999a) nous l'avons mentionné à plusieurs reprises. Les approches cliniques du travail ont en commun de s'intéresser « à la mobilisation de l'intelligence en situation de travail » (Moliner, 2006), c'est-à-dire d'accéder aux processus de subjectivation. Les différents méthodes qualitatives que proposent ces approches, axées en particulier sur la verbalisation, permettent aux salariés de mettre des mots sur leurs difficultés rencontrées et ramènent ainsi dans le débat social les conflits, qu'ils portent comme des questions personnelles. Que ce soit la méthode d'autoconfrontation croisée, les groupes d'analyse de pratiques professionnelles, le travail d'investigation collectif réalisé avec les personnes, etc. elles permettent aux sujets d'augmenter leur capacité à débattre de leurs difficultés et donc d'accroître leur capacité à agir à faire face, à chercher des solutions (Davezies, 2006).

Il nous paraît intéressant, voire dans certains cas indispensable, d'associer à cette démarche clinique une action ergonomique. Rappelons que l'ergonomie a pour objet de comprendre le travail tel qu'il se déroule réellement, les conditions qui pèsent sur l'activité des opérateurs, leurs caractéristiques et les effets de cette activité sur eux-mêmes et sur l'entreprise. Christol et De Terssac (1996) ont modélisé ce travail « réel (présenté ci-dessous).

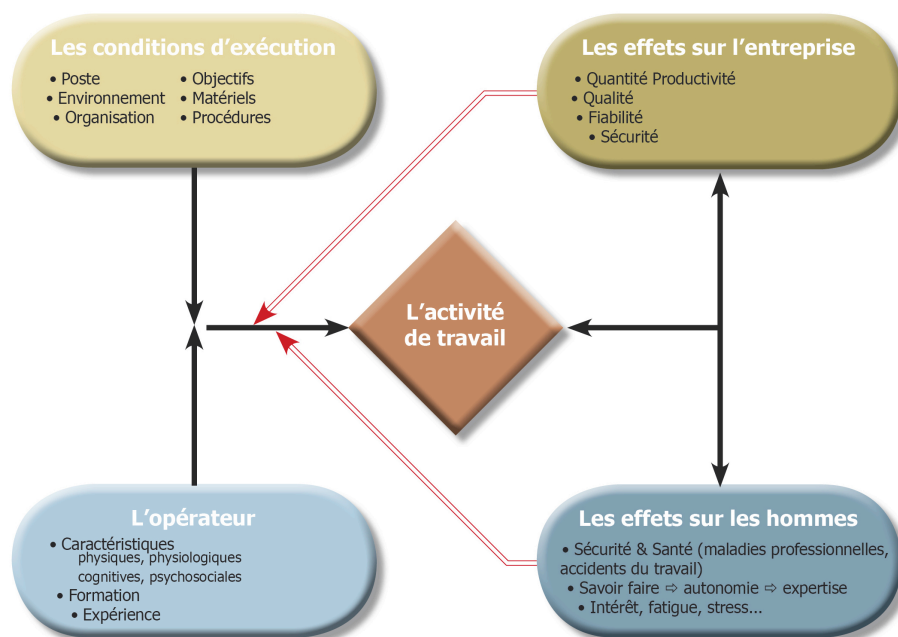


Figure 40 - Le schéma à 5 carrés (Christol, De Terssac cité par Daniellou, 1996)

L'ergonomie, pour analyser l'activité de travail, étudie les ressources, les contraintes, les moyens et les processus de régulation individuelle et collective de l'activité. L'objectif est de contribuer à la conception et à la transformation des situations de travail en agissant sur les dispositifs (techniques, de formation etc.), les moyens, les environnements de travail et son organisation.

Selon nous, l'articulation des approches cliniques du travail et du modèle ergonomique permet de réaliser un travail d'analyse plus complet et plus approfondi des risques psychosociaux au sein des organisations. L'association des méthodes issues de ces deux courants paraît également adaptée dans la mise en place d'actions correctives ainsi que dans l'accompagnement de certains changements majeurs (changements organisationnels, introduction de nouveau processus, outils ou autres). Les études préalables à l'introduction de changements lorsqu'elles sont menées par les organisations (analyse de risques, études d'impacts potentiels, etc.) prennent certes en compte les tâches (individuelles et collectives) prescrites et les performances obtenues mais elles s'avèrent insuffisantes car en règle générale, elles ne se focalisent pas de façon explicite sur le travail que réalise effectivement le travailleur... ou qu'il veut réaliser, ou qu'il est empêché de réaliser. Et c'est pourtant ce travail « réel » qui est souvent perturbé par les transformations (qui ne permettent plus, individuellement ou collectivement, de réguler les tensions).

L'efficacité d'une action de prévention, qu'il s'agisse d'une démarche rétrospective ou prospective (la véritable prévention primaire), réside donc pour nous dans une intervention pluridisciplinaire associant différents modèles d'analyse et d'intervention. Mais elle passe aussi par la capacité et la réelle volonté (pas seulement affichée...) de l'entreprise de s'interroger sur elle-même, y compris sur des aspects fondamentaux et stratégiques. Pour être opérante, la démarche doit s'inscrire dans une logique de développement de l'entreprise et de son organisation qui intègre le « facteur humain » comme une variable active. Elle doit conduire à travailler, entre les différents acteurs impliqués dans la démarche, de manière ouverte (transparence et confiance), progressive (dans la durée) et concertée (en collaboration).

Nous pensons que l'équipe qui travaille sur la prévention des risques psychosociaux doit être composée nécessairement de membres de l'organisation issus des services de ressources humaines, de la direction, du service social, de la médecine du travail et de partenaires sociaux. Car ce sont eux qui ont la connaissance du fonctionnement et de l'évolution de l'organisation, de ses ratés et ses ambitions, de la culture d'entreprise, des tra-

vaillleurs, etc. et qui détiennent un pouvoir décisionnel pour certains et un contre-pouvoir pour d'autres.

Le rôle de l'intervenant extérieur, le psychologue du travail et/ou l'ergonome (leur intégration permanente dans les organisations, bien que bénéfique, reste pourtant rare) consiste à apporter leur connaissance sur les Sciences de l'Homme nécessaire à la compréhension de la dimension subjective articulée à des conditions objectives, concrètes du travail qui génèrent les phénomènes de souffrance. Rechercher des moyens d'agir suppose cette connaissance préalable des phénomènes mais elle doit accompagner toutes les étapes de la démarche des intervenants depuis le projet et tout au long des actions qu'ils mènent à laquelle la diversité des partenaires sont à associer, jusqu'à l'évaluation finale de ces actions. Les conséquences du travail sur la santé psychique sont le résultat d'un processus dynamique : l'activité, qui correspond à l'accomplissement de la tâche mais aussi à une épreuve subjective dans laquelle le sujet se mesure à soi-même, aux autres et au réel (Clot 1999a).

Envisager une démarche de prévention par référence au cadre théorique et méthodologique présenté ci-dessus, conduit à « dépasser le niveau des discours préfabriqués » pour venir au plus près de l'activité (Davezies, 2001). Là où se nouent, tâches prescrites, dispositifs, moyens, cultures, dans des représentations, résistances de l'objet, investissement psychique. Tout travail s'inscrit dans des rapports sociaux non limités aux échanges interpersonnels, ni au seul contrat entre employé et employeur. Ces rapports sociaux recouvrent l'ensemble des relations avec les pairs et les collègues, avec les membres de la hiérarchie. Ils concernent la carrière et les rétributions salariales, les soutiens (ou non) dont les sujets peuvent bénéficier (caractéristique mise à jour par Karasek et Siegrist en particulier). Ils permettent de développer (ou à l'inverse ils ignorent sinon disqualifient) les attentes et sentiments de justice, de reconnaissance, de respect dont nous avons pu noter qu'ils interviennent dans la genèse et l'expression de la souffrance. Ces rapports sociaux, si l'on souhaite élaborer une démarche de prévention sont à explorer selon leurs différentes composantes.

BIBLIOGRAPHIE

- Almudever, B. (1998). Relations interpersonnelles et soutien social en situation de transition psychosociale. *Événements de vie, transitions et constructions de la personne*, (126-132). Toulouse : Erès.
- Arendt, H. (1983). *Condition de l'homme moderne*. Paris, Calmann-Lévy.
- Argyris, C. (2007). Understanding organizational behavior. In L. Lemire, G. Martel (Eds). *L'approche systémique des ressources humaines* (p 97). Québec : Presses de l'université du Québec.
- Aubert, N. (2003). *Le culte de l'urgence*. Paris : Champs, Flammarion.
- Aubert, N. de Gaulejac, V. (1991). *Le coût de l'excellence*. Paris : Le seuil.
- Bakhtine, M. (1984). Esthétique de la création verbale. Paris, Gallimard. In Y. Clot, (1995). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. (Ed.) (pp. 214-217). Paris : Editions de la Découverte.
- Barrus-Michel, J. (1987). *Le sujet social. Etude de psychologie sociale clinique*. Paris : Bordas.
- Baubion-Broye, A., Dupuy, R. et Hajjar, V. (2004). In E. Brangier, A. Lancry, C. Louche (Eds). *Les dimensions humaines du travail, Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.
- Baubion-Broye, A., Hajjar V. et Curie J. (1989). Projets et transformations des activités des chômeurs. *Psychologie du travail*. Nouveaux enjeux : développement des hommes au travail et développement des organisations (pp. 362-370). Paris : EAP.
- Baubion-Broye, A., Hajjar, V. (1998). Transitions psychosociales et activités de personnalisation. In A. Baubion-Broye, (Ed.). *Événements de vie, transitions et constructions de la personne* (pp. 17-45). Toulouse : Erès.
- Baubion-Broye, A., Malrieu, et P. Tap, P. (1987). L'interstructuration du sujet et des institutions. *Bulletin de Psychologie*, **379**, 435-447.
- Blancero, D. M., et Kleiner, G. L. The anticipatory psychological contract : Employer / employee obligations and job choice. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (111-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Blanchet, A. (2004). *Dire et faire dire*. L'entretien. Paris : Armand Colin.

Blau P.M., (2007). Exchange and power in social life. In L. Lemire, G. Martel, (Eds). *L'approche systémique des ressources humaines* (p. 93). Québec : Presses de l'université du Québec.

Bourbonnais, R., Brisson, C. Moisan, J., Vézina, M. (1995). Organisation du travail et santé mentale chez les cols blancs. *Cahiers scientifiques de l'ACFAS*, **81**, 141-158.

Brandt, J. (de), Dejours, J., Dubar, C. (1995). *La France malade du travail*. Paris : Bayard.

Brangier, E., A. Lancry, C.Louche (2004). (s/d). *Les dimensions humaines du travail, Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Bruchon-Schweitzer, M., Dantzer, R. (2003). *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : PUF.

Bruner, J. (1991). Car la culture donne forme à l'esprit. (p. 48). In Y. Clot, (1999) (Ed.). *La fonction psychologique du travail*. Paris, PUF.

Budd, J.W., Arvey, R.D, Lawless, P. (1996). Correlates and Consequences of Workplace Violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, **12**, 197-210.

Cabin, P. (1992). Les coûts humains du management. *Sciences Humaines*, **17**, 36-39.

Campoy, E., Castaing, S., Guerrero, S. (2009). Approche méthodologique du contrat psychologique : opérationnalisation, mesure et analyse des données. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (111-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Canguilhem, G. (1963). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF.

Carpentier-Roy, M.C. (1989). *Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier*. Thèse en doctorat de sociologie. Québec : Université de Montréal.

Carpentier-Roy, M.C. (1995). *Corps et âme. Psychopathologie du travail d'infirmier*. Deuxième édition augmentée. Montréal : Liber.

- Carpentier-Roy, M.C., Saint-Jean, M., Saint-Arnaud, L., Gilbert, M.A. (2000). Le travail du conseiller syndical : ne pas mourir, mais mourir presque. In M.C. Carpentier-Roy, M. Vézina (Eds). *Le travail et ses malentendus* (pp. 97-102). Toulouse : Octarès.
- Castro, D. (2000). *Pratique du mémoire de recherche en psychologie*. Bègles : L'esprit du temps.
- Cavanaugh, M.A., Noe, R.A. (1999). Antecedents and consequences of relational components of a new psychological contract. *Journal of Organizational Behavior*, **20**, 323-340.
- Christol, J., De Terssac, G. (1982). In F. Daniellou (Ed.). L'ergonomie en quête de ses principes. *Débats épistémologiques*. Toulouse : Octarès.
- Clot, Y. (1995, réédition en 1998). *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie*. Paris : Editions de la Découverte.
- Clot, Y. (1996). L'analyse du travail, le sens et l'activité. In P. Cazamian, F. Hubault, & N. Noulain (Eds). *Nouveau traité d'Ergonomie* (210-219). Toulouse : Octarès
- Clot, Y. (1997). Conduire un train : sens et non-sens du travail. *Psychologie du Travail et des Organisations*, **3**, 46-55.
- Clot, Y. (1999a). *La fonction psychologique du travail*. Paris : PUF.
- Clot, Y. (1999b). In M. Neboit, M. Vézina (Eds), *Stress au travail et santé psychique* (pp. 26-27). Toulouse : Octarès.
- Clot, Y. (2001). Psychopathologie du travail et clinique de l'activité. Numéro Spécial : clinique de l'activité et pouvoir d'agir. *Education permanente*, **146**, 35-41.
- Clot, Y. (2002). *Les histoires de la psychologie du travail*. Toulouse, Octarès.
- Clot, Y., Faïta, D. (2000). Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes. *Travailler*, **6**, 7-43.
- Clot, Y., Rocheix, J. Y., Schwartz Y. (1990). Les caprices du flux. *Les mutations technologiques du point de vue de ceux qui le vivent*. Paris : Editions Matrice.

Colin, V., Furtos, J. (2005). La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine. In M. Joubert, C. Louzoun (Eds.). *Répondre à la souffrance sociale*. Toulouse : Erès.

Costa, P. T., Mc Crae, R.R. (1988). Personality in adulthood : a six year longitudinal study on the Neopir. *Journal of Personality and social Psychology*, **54**, 5, 853-863.

Coyle-Shapiro, J.A.-M. (2002). A psychological contract perspective on organizational citizenship behavior. *Journal of Organizational Behavior*, **23**, 927-946.

Coyle-Shapiro, J.A.-M., Kessler, I. (2009). The employment relationship in the U.K. public sector: a psychological perspective. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds.). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-67). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Coyle-Shapiro, J.A.-M., Neuman, J.H. (2009). The psychological contract and individual differences: the role of exchange and creditor ideologies? In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds.). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-67). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Coyle-Shapiro, J.A.-M., Parzefall, M.-R. (2009). Explorer la théorie du contrat psychologique: questions clés pour comprendre et investiguer la relation d'emploi. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds.). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-67). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Cramer, P. (1998). Coping and defense mechanisms : what's the difference ? *Journal of Personality*, **66**, 919-946.

Curie, J. (1980). Les modèles d'analyses des conditions de travail. In C. Levy-Leboyer (Ed.). *Le psychologue et l'entreprise*, (pp. 123-137). Paris : Masson.

Curie, J. (1993). Faire face au chômage. Problématiques et résultats. *L'orientation scolaire et professionnelle*, **4**, 295-303.

Curie, J. (2000). *Travail, Personnalisation et Changements Sociaux : Archives pour les histoires de la psychologie du travail*. Toulouse : Octarès Éditions.

Curie, J. (2002). In F. Fraccaroli (Eds.). *Le changement dans les organisations. Méthodes de recherche longitudinale appliquées à la psychologie du travail et des organisations*. Paris, PUF.

Curie, J. et Hajjar, V. (1987b). Vie de travail – Vie hors travail : la vie en temps partagé. In C. Lévy-Leboyer et J.-C. Sperendio (Eds). *Traité de psychologie du travail, chap. 3* (pp. 37-55). Paris : PUF.

Daniellou F. (1996). *L'ergonomie en quête de ses principes. Débats épistémologiques*. Toulouse : Octarès Éditions.

Daujard, E. (2001). Le stress collectif, un risque professionnel. *Performances, stratégies et facteurs humains*, **1**, 18-22.

Davezies, P. (1999). Evolutions des organisations du travail et atteintes à la santé. *Travailler*, **3**, 87-114.

Davezies, P. (2001). Le stress au travail : entre savoirs scientifiques et débat social. *Performances, stratégies et facteurs humains*, **1**, 4-7.

Davezies, P. (2003). *Souffrance au travail : Le risque organisationnel*. Laboratoire de médecine du travail. Faculté de médecine, Lyon.

Davezies, P. (2005a). *Malaise dans le rapport au travail*. Laboratoire de médecine du travail. Faculté de médecine, Lyon.

Davezies, P. (2005b). La santé au travail, une contribution collective. *Santé et travail*, **52**, 24-28.

Davezies, P. (2006). *Repères pour une clinique médicale du travail*. Laboratoire de médecine du travail. Faculté de médecine, Lyon.

Davezies, P., Deveau, A., Torres, C. (2006). *Archives Maladies professionnelles*. **67**, 119-125.

De Keyser, V., Hansez, I. (1996). Vers une perspective transactionnelle du stress : pistes d'évaluations méthodologiques. *Les cahiers de Médecine du Travail*, **33**, 3, 133-144.

De Meuse, K., Bergmann, T.J., Lester, S.W. (2007). An investigation of the relational component of the psychological contract across time, generation and employment status. In L. Lemire, G. Martel (Eds) , *l'approche systémique des ressources humaines*. (pp. 70-130). Québec : Presses de l'université du Québec.

De Vos, A. (2009). The individual antecedents and the development of newcomers' psychological contracts during the socialization process : A longitudinal study. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze, K. Mignonac, (Eds.). *Comportement organisationnel. Volume 1. Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle* (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

De Vos, A., Buyens, D., Schalk, R. (2003). Psychological contract development during organizational socialization: Adaptation to reality and the role of reciprocity. *Journal of Organizational Behavior*, **24**, (537-559).

Dejours, C. (1988). *Plaisirs et souffrances dans le travail*. Orsey : Editions de l'AOCIP, (2 tomes).

Dejours, C. (1995a). Comment formuler une problématique de la santé en ergonomie et en médecine du travail ? *Le travail humain*, **58**, 1-16.

Dejours, C. (1995b). Analyse psychodynamique des situations de travail et sociologie du langage. In J. Boutinet (Ed). *Paroles au travail* (pp. 181-224). Paris : L'Harmattan.

Dejours, C. (1998). *Souffrance en France : la banalisation de l'injustice sociale*. Paris : Le Seuil.

Dejours, C. (2000). *Travail, Usure mentale*. Paris : Bayard Editions.

Dejours, C. (2011). Sortir de la souffrance au travail. *Le Monde*, 21.02.2011.

Delobbe, N., Herrbach, O., Lacaze, D., Mignonac, K., (2009). *Comportement organisationnel. Volume 1. Contrat psychologique, émotions au travail, socialisation organisationnelle* (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Depolo, M., Guglielmi, D., Toderi, S. (2004). Prévenir le harcèlement moral au travail: le rôle du contrat psychologique. *Psychologie du Travail et des Organisations*. **10**, 88-100.

Dessors, D. (1995). Précarité, précarisation, santé : lecture d'une instabilité multiple par la psychodynamique du travail. *Archives des maladies professionnelles*, **56**, 176-180.

Dubar, C. (2000). *La crise des identités*. Paris : PUF.

Dubost, J. (1981). *L'intervention psychosociologique*. Paris : PUF.

- Dulac, T., Delobbe, N., Saffery, O. (2009). The impact of personal and organizational values on the content dimensions of the psychological contract. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.
- Dupuy, F. (2005). *La fatigue des élites*. Paris : Seuil.
- Ehrenberg, A. (1996). *Le culte de la performance*. Paris : Hachette-Pluriel.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris : Odile Jacob
- Endler N.S., Parker J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping : A critical examination. In M. Neboit, M. Vézina (Eds). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès.
- Enriquez, E. (1993). L'approche clinique : genèse et développement en France et en Europe de l'Ouest. In F. Hanique, (Ed.). *Le sens du travail. Chronique de la modernisation au guichet*. Collection « sociologie clinique ». Toulouse : Ères.
- Falzon P., Mollo V. (2009). Para una ergonomia constructiva : as condições para un trabajo capacitante. *Laboreal*. [en ligne] **5**, 1, 61-69. Disponible sur : <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php.ld>.
- Fernandez, G. (2009). *Soigner le travail*. Editions Toulouse : Erès.
- Folkman, S. (1984). Personal control, stress and coping processes : a Theoretical Analysis, *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 4.
- Fraccaroli, F. (2002). *Le changement dans les organisations. Méthodes de recherche longitudinale appliquées à la psychologie du travail et des organisations*. Paris : PUF.
- Furtos, J. Laval, C. (2005). *La santé mentale en actes. De la clinique au politique*. Editions. Toulouse : Erès.
- Furtos, J.(2006). La société précaire. Les dimensions psychiques de la précarité. *Sciences Humaines*, **168**, 48-49.
- Gadbois, C. (1979). Les conditions de travail comme facteur d'asservissement des activités hors travail. Bulletin de Psychologie, numéro spécial « *Psychologie du travail* », **XXXIII**, 449-456.
- Gangloff, B. (2000). *Satisfactions et souffrances au travail*. Paris : L'Harmattan.

Gaulejac, V, Roy, S. (1993). In F. Hanique, (Ed.). *Le sens du travail. Chronique de la modernisation au guichet*. Collection « sociologie clinique ». Toulouse : Ères.

Gollac, M., Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris : La Découverte. Collection Repères.

Griffin, D.W., Ross, L. (2009). Subjective construal, social inference and human understanding. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Guest, D., Conway, N. (2009). Can an organization have a psychological contract ? A conceptual and empirical analysis. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Hanique, F. (2004). *Le sens du travail. Chronique de la modernisation au guichet*. Collection « sociologie clinique ». Toulouse : Ères.

Heaney, C.A., House, J.S., Israel, B., Mero, J.P. (1995). The relationship of organisational and social coping resources to employee coping behavior : a longitudinal analysis. *Work and Stress*, **9**, 4, 416-431.

Hirigoyen, M.F. (2001). *Le harcèlement moral dans la vie professionnelle*. Paris : Pocket

Hoc, J.M. (1990). Les activités mentales de diagnostic. In Bonnet, R. Ghiglione et J.F. Richard (Eds), *Traité de psychologie cognitive*. Tome 2. Paris : Dunod.

Hofstede, G. (1980). Culture's Consequences : *International Differences in Work-related Values*. California : Berverly Hills, CA : Sage.

Jainin, R. (2001). Du particulier au général, ou comment l'on passe de la notion de stress individuel à celle du stress collectif. *Performances, stratégies et facteurs humains*, **1**, 16-17.

Karasek, R., Theorell, T. (1990). *Healthy work, stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York : Basic Books.

Karnas, G., Hellemans, C. (2003). Approche psycho-organisationnelle du stress professionnel : Les limites d'un modèle. In M. Neboit, M. Vézina (Eds). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès.

Lallement, M., (2010). *Le travail sous tensions*. Paris : Sciences Humaines Editions.

Lambert, L.S., Edwards, J.R., Cable, D.M. (2009). Breach and fulfilment of the psychological contract : A comparison of traditional and expanded views. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, PA : Springer.

Lemire, L., Martel, G. (2007). *L'approche systémique des ressources humaines*. Québec : Presses de l'université du Québec.

Lemoine, C. (2004). In E. Brangier, A. Lancry, C. Louche (Eds). Les dimensions humaines du travail, *Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

Leplat, J. (1993). *L'analyse du travail en psychologie ergonomique. Recueil de textes*. Tome 1 et 2. Toulouse : Octarès.

Levinson, H., Price, C. R., Munden, K. J., Mandl, H. J., Solley, C. M. (2009). Men, Management and Mental Health. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Lewis, K., Taylor, M.S. (2009). Reciprocity from the organization's side. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Malrieu, P. (1969). Les fonctions sociales de la psychologie. *Psychologie Française*, **14**, 3, 163-171.

Malrieu, P. (1973). La formation de la personnalité. In H. Gratiot-Alphandéry et R. Zazzo (Eds.). *Traité de psychologie de l'enfant*. Paris : PUF.

Malrieu, P. (1979). La crise de personnalisation. Ses sources et ses conséquences sociales. *Psychologie et Education*, **3**, 1-18.

Maranda, M.F. (2000). Réorganisation du travail et action syndicale : défis et paradoxes. In M. C., Carpentier-Roy, M. Vézina (Eds). *Le travail et ses malentendus. Psychodynamique du travail et gestion*. (pp. 53-81). Toulouse: Octarès

Martin, G., Staines, H., Pate, J. (1998). Linking job security and career development in a new psychological contract. *Human resource Management Journal*, **8**, 20-40.

Mc Crae, R.R., Costa, P.T. (1985). Comparison of E.P.I. and psychoticism scales with measures of the five factors model of personality. *Personality, Individual differences*, **6**, 5, 587-597.

Mc Lean Parks, J. (1993). Fitting square pegs into round holes: mapping the domain of contingent work arrangements onto the psychological contract. *Journal of Organizational Behavior*, **19**, 697-730.

Méda, D. (1995). *Le travail. Une valeur en voie de disparition*. Paris : Aubier.

Meyer, J.P., Allen, N.J. (1991). A three component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, **1**, 61-98.

Moliner, P. (2006). *Les enjeux psychologiques du travail*. Paris : Petite Bibliothèque Payot.

Morrisson, E.W., Robinson, S.L. (1997). When employees feel betrayed : A model of how psychological contract violation develops. *Academy of Management Review*, **22**, 226-256.

Morrisson, E.W., Robinson, S.L. (2009). The employment relationship from two sides : Incongruence in employees' and employers' perception of obligations. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Niedhammer, I., David, S., Bugel, I., Chea, M. (2000). Catégorie socioprofessionnelle et exposition aux facteurs psychosociaux au travail dans une cohorte professionnelle. *Travailler*, **5**, 23-45.

Niedhammer, I., Siegrist, J. (1998). Facteurs psycho-sociaux au travail et maladies cardio-vasculaires : l'apport du modèle du Déséquilibre-Efforts-Récompenses. *Revue d'Epidémiologie et de santé publique*, **47**, 398-410.

- Niezborala, M., C. Crouzet, C., T. Castro, C. T., Soulat, J. M. (2006). *Constitution d'une base de données des réponses aux questionnaires de Karasek et Siegrist dans la région Midi-Pyrénées*. [en ligne]. Disponible sur : www.meteostress.com/.../mn-rps-dr-niezborala-19-pp_20110222100345.pdf
- Parkes, C.M. (1971). Psycho-social transitions : A field of study. *Social Science and Médecine*, **5**, 101-105.
- Paulhan, F, Bourgeois, M. (1995). Stress et coping. *Les stratégies d'ajustement à l'adversité*. Paris : PUF.
- Perron, P. (1977), cité In C. Revault d'Allonnes, (Ed.). *La démarche clinique en sciences humaines*. (p. 40) Paris : Dunod.
- Ponnelle, S., Lancry, A. (2003). Stratégies d'ajustement et ressources environnementales et personnelles dans la dynamique du stress. In M. Neboit, M. Vézina (Eds). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès.
- Ramaut, D. (2006). *Journal d'un médecin du travail. La souffrance au travail*. Paris : Le cherche midi.
- Revault d'Allonnes, C. (1999). *La démarche clinique en sciences humaines*. Paris : Dunod.
- Rhéaume J., Brun, J.P., Gilbert, M. A., Therriault P.Y. (2000). Réorganisation de travail dans un atelier de production : le poids de la perfection, le trop de la gestion et l'impuissance. In M. C., Carpentier-Roy, M. Vézina (Eds). *Le travail et ses malentendus. Psychodynamique du travail et gestion*. (pp. 105-129). Toulouse : Octarès.
- Rifkin, J. (1996). *La fin du travail*. Paris : La Découverte.
- Robinson, S. L., Rousseau, D. M. (1994). Violating the psychological contract : not the exception but the norm. *Journal of occupational Behavior*, **15**, 245-259.
- Robinson, S.L. (2009). Trust and breach of the psychological contract. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Robinson, S.L., Morrisson, E.W. (2000). The development of psychological contract breach and violation : A longitudinal study. *Journal of Organizational Behavior*, **21**, 525-546.

Robinson, S.L., Rousseau, D.M. (2007). Changing obligations and the psychological contract : A longitudinal study. In L. Lemire, G. Martel (Eds). *L'approche systémique des ressources humaines* (pp. 70-130). Québec : Presses de l'université du Québec.

Rogers, C.R. (1945). The non directive method as a technique for social research. *American Journal of Sociology*, **50-4**, 279-283.

Roques, M., Cascino, N. et Curie, J. (1990). Durée du chômage et phases d'évolution des chômeurs, *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, **3**, 1, 49-66.

Roth, F., et Cohen, L.J.(1986). Approach, avoidance and coping with stress. In M. Neboit, M. Vézina (Eds). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès.

Rousseau, D.M. (1998). The problem of the psychological contract considered. *Journal of Organizational Behavior*, **19**, 665-671.

Rousseau, D.M. (2001). Schema, promise and mutuality : the building blocks of the psychological contract. *Journal of Organizational Behavior*, **74**, 511-541.

Rousseau, D.M. (2007). Psychological and implied contracts in organizations. In L. Lemire, G. Martel (Eds). *L'approche systémique des ressources humaines* (pp. 70-130). Québec : Presses de l'université du Québec.

Rousseau, D.M. (2007). Psychological contracts in organizations: understanding written and unwritten agreements. In L. Lemire, G. Martel (Eds). *L'approche systémique des ressources humaines* (pp. 70-130). Presses de l'université du Québec.

Rousseau, D.M., Tijoriwala, S.A. (1998). Assessing psychological contracts: Issues, alternatives and mesures. *Journal of Organizational Behavior*, **19**, 679-695.

Salengro, B. (2005). *Le stress des cadres*. Paris : L'Harmattan – Questions contemporaines.

Sarafino, E. P. (1990). *Health psychology : biopsychosocial interactions*. New York : Wiley.

Scardigli, P. (1992). *Européens du Nord et Européens du Sud*. (p. 163). Paris : Futuribles.

Schein, E. (2007). Organizational psychology. In L. Lemire, G. Martel (Eds). *L'approche systémique des ressources humaines* (pp. 70-130). Québec : Presses de l'université du Québec.

Schwartz, Y. (1997). *Reconnaissances au travail*. Le travail Humain, Paris : PUF.

Sels, L., Janssens, M., Van den Brande, I. (2004). Assessing the nature of psychological contracts : A validation of six dimensions. *Journal of Organizational Behavior*, **25**, 461-488.

Selye, H. (1976). *Stress in health, and disease*. Reading, MA (United States) : Butterworth.

Selye, H. (2003). In M. Neboit, M. Vézina (Eds). *Stress au travail et santé psychique*. Toulouse : Octarès.

Sennett, R. (2000). *Le travail sans qualités. Les conséquences humaines de la flexibilité*. Albin Michel.

Sharpe, A. (2007). Organization change and the psychological contract, the rhetoric of employability, the potential reality of reciprocal brutalism. In L. Lemire, G. Martel (Eds). *L'approche systémique des ressources humaines* (pp. 70-130). Québec : Presses de l'université du Québec.

Shore, L.M., Barksdale, K. (1998). Examining degree of balance and level of obligation in the employment relationship: a social exchange approach. *Journal of Organizational Behavior*, **24**, 443-450.

Siegrist, J. (1996). Adverse health effects, of High Effort low-Reward Conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, **1**, 27-41.

Singh, R. (2009). Redefining psychological contracts with the US work force : A critical task for strategic resource management planners in the 1990s. In N. Delobbe, O. Herrbach, D. Lacaze et K. Mignonac, (Eds). *Comportement organisationnel*. Volume 1 (pp. 21-153). Bruxelles : Editions de Boeck Université.

Sivadon, P., Fernandez-Zoila, A. (1986). *Corps et thérapeutique : une psychopathologie du corps*. Paris : PUF.

Stanfeld, S.A., Fuhrer, R., Shipley M.J., Marmot, M.G. (1999). Work characteristics predict psychiatric disorders : prospective results from white hall II Study. *Occupational and Environmental Medicine*, **56**, 302-307.

Tap, P. (1982), In N. Oubrayrie-Roussel, P. Roussel (Eds). Le soi et la motivation. In J. Allouche, P. Bernoux, B. Gazier, I. Huault, P. Louart, G. Schmidt, A. Trognon (Eds). *Encyclopédie des Ressources humaines* (pp. 928-939). Paris : Viubert.

Teiger, C. (1993). Représentation du travail et travail de la représentation. In A. Weill-Fassina, P.Rabardel, D. Dubois (Eds.), *Représentations pour l'action* (pp. 187-200). Toulouse : Octarès.

Tekleab, A.G., Taylor, M.S. (2003). Aren't there two parties in an employment relationship? Antecedents and consequences of organization agreement on contract obligations and violations. *Journal of Organizational Behavior*, **24**, 585-608.

Turney, W.H., Feldman, D.C. (1999). A discrepancy model of psychological contract violations. *Human Resource Management Review*, **9**, 367-386.

Van Dyn, L., Ellis, J.F. (2007). Job creep : a reactance theory perspective on organizational citizenship behavior as overfulfillment of obligations. In L. Lemire, G. Martel (Eds). *L'approche systémique des ressources humaines* (pp. 70-130). Québec : Presses de l'université du Québec.

Vaxevanoglou, X., Ponnelle, S. (1999). *Déterminants de l'activité et santé psychique au travail*. Actes du XXXIVe congrès de la SELF, Caen (pp. 279-288).

Vaxevanoglou, X., Ponnelle, S. (2003). L'activité comme modèle explicatif du stress et des liens entre le travail et la santé psychique. *Psychologie du travail et des organisations*, **3**, 46-55.

Vermersch, P. (1993). Pensée privée et représentation pour l'action. In A. Weill-Fassina, P.Rabardel, D. Dubois (Eds). *Représentations pour l'action* (pp. 187-200). Toulouse : Ocatrès.

Vézina, M. (2003). Les fondements théoriques de la psychodynamique du travail. In M. Neboit, M. Vézina (Eds). *Stress au travail et santé psychique*. (pp. 99-111). Toulouse : Octarès.

Viaux, J.L. (2004). Harcèlement et rupture du contrat moral : Paroles de victimes. In D. Castro (Ed.). *Les interventions psychologiques dans les organisations* (pp. 36-54). Paris : Dunod.

Wallon, H. (1968). Les milieux, les groupes et la psychogenèse de l'enfant de l'enfant, *Enfance*, **1**, 287-296. In J. Curie (Ed.). *Travail, personnalisation et changements sociaux : Archives pour les histoires de la psychologie du travail* (pp. 285-300). Toulouse : Octarès.

Weill-Fassina, A., Kouabenan, D.R., De la Garza, C. (2004). In E. Brangier, A. Lancry, C. Louche (Eds). *Les dimensions humaines du travail, Théories et pratiques de la psychologie du travail et des organisations*. Nancy : Presses Universitaires de Nancy.

ENQUETES, RAPPORTS ET RECHERCHES

ANACT (2009). *Le point sur la prévention du stress et des risques psychosociaux*. Bimestriel du réseau Anact. [en ligne] 2009. Disponible sur : <http://www.anact.fr/05>

ANACT. (Octobre/Novembre 2004). *Pour l'amélioration des conditions du travail*. Bimestriel du réseau Anact.

Bejean, S., Sultan-Taïeb, H., Trontin. INRS : *Conditions de travail et coût du stress : une évaluation économique*. Institut National de Recherche et de Sécurité. Année 2004.

Belstress (2006). *Etude belge sur le stress au travail, une recherche épidémiologique* [enligne]. Disponible sur : www.respectautravail.be/fr/research/belstress.../index.html

Bressol, E. (2004). *Organisations du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*. Avis et rapport du conseil économique et social.

Bureau International du Travail. *Rapport sur les conditions du travail*. [en ligne]. Rapport de l'année 2000. Disponible sur : <http://www.ilo.org/public/french/bureau/inf/pr/2000/37.htm>

CNAMTS et de la Caisse centrale de mutualité agricole (CCMSA). *Enquête des conditions du travail*. [en ligne]. Année 2001. Disponible sur :

DARES : Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Analyses. Les risques psychosociaux au travail : les indicateurs disponibles*. Année 2010.

DARES : Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Résultats d'enquêtes sur les conditions du travail : Dossiers de la DARES*. Années : 1984, 1991, 1998, 2000 et 2006 La documentation française.

Enquête sur le vécu au travail, dans la région Midi-Pyrénées (2006).
Niezboral, M., C. Crouzet, C., T. Castro, C. T., Soulat, J. M. *Constitution d'une base de données des réponses aux questionnaires de Karasek et Siegriest dans la région Midi-Pyrénées*. [en ligne]. 2006. Disponible sur : www.meteostress.com/.../mn-rps-dr-niezboral-19-pp_20110222100345.pdf
www.istnf.fr/site/EVREST_FRANCE

Fondation européenne de Dublin. *Rapports sur les conditions du travail*. Années 1995, 2000, 2004 et 2005.

Gingembre, L. *Psychopathologie d'origine professionnelle : caractérisation des différents profils des patients adressés en consultation de pathologie professionnelle entre 2003 et 2007 au CHU de Nancy*. 141 p. Thèse : Médecine : Nancy : 2010.

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité. *Rapport sur le stress professionnel*. Année 2007.

Liaisons sociales. Manpower CSA. *Enquêtes menées sur les conditions du travail*. Années 2000 et 2001.

Sénat, Publications. *Proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail*. [en ligne]. 2011. Disponible sur : <http://www.senat.fr/> [consulté le 13 avril 2011].

INDEX DES AUTEURS

A

Arendt..... 81
 Argyris 99, 100, 103
 Aubert..... 28, 29, 30, 59, 121

B

Bakhtine 128
 Barksdale 104
 Barrus-Michel 48, 90, 91, 92
 Baubion-Broye 122, 126, 128
 Bergmann 106
 Birksdale 107, 195, 205, 225
 Blanchet..... 53, 54
 Blau 100, 224
 Brangier 28, 121
 Bressol 34, 60, 63
 Bruchon-Schweitzer . 67, 68, 74, 75, 76, 77
 Brun 81
 Bruner 85
 Bugel 72
 Buyens 109, 110, 205

C

Cable 111
 Campoy 103
 Carpentier-Roy 80, 81
 Cascino 128
 Castaing 103
 Castro..... 73, 139
 Cavanaugh..... 109
 Chea 72
 Christol..... 272
 Clot... 30, 59, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90,
 121, 123, 124, 128, 222, 229, 256, 260,
 272, 274
 Cohen 67
 Colin..... 93
 Conway..... 102
 Costa 67
 Coyle-Shapiro 101, 103, 106, 109, 110,
 220, 225
 Cramer..157, 193, 194, 195, 197, 200, 214,
 216, 217, 218, 219, 220, 221, 232, 234,
 235, 236, 237, 241, 242, 243, 244
 Crouzet..... 73
 Curie..... 27, 125, 127, 128, 143

D

Daniellou 272
 Dantzer 67, 68, 74, 75, 76, 77
 Davezies .21, 29, 30, 31, 33, 43, 50, 51, 60,
 83, 121, 124, 139, 140, 248, 261, 272,
 274
 David 72
 De la Garza 27
 De Meuse 106, 255
 De Terssac 272
 De Vos..... 109, 110, 205
 Dejours ...21, 49, 60, 67, 78, 79, 80, 82, 84,
 94, 204, 255, 267, 270
 Delobbe 109, 110, 114
 Depolo..... 107
 Dessors 80
 Dubar..... 122, 123, 260
 Dulac..... 114

E

Edwards..... 111
 Ehrenberg 58, 121, 123, 124, 225, 247
 Ellis..... 111, 209
 Endler 66

F

Faïta..... 84
 Falzon 271
 Feldman..... 103, 116
 Fernandez..... 270
 Folkman..... 65, 66, 67, 68, 76
 Fourestier 35
 Fraccaroli..... 143
 Fuhrer 71
 Furtos..... 48, 61, 92, 93, 94

G

Gangloff 33
 Gaulejac 30
 Gilbert..... 80, 81
 Griffin 114
 Guerrero 103
 Guest..... 102
 Guglielmi..... 107

H

Hajjar	122, 128
Hellemans	74
Herrbach	109
Hirigoyen.....	37
Hoc	53
Hofstede.....	109

J

Jainin	58
Janssens	105

K

Karasek.....	69, 70, 71, 72, 73, 74, 207, 274
Karnas.....	74
Kessler	109
Kouabenan.....	27

L

Lacaze	109
Lallement.....	256
Lambert	111
Lancry	28, 67, 121
Laval.....	48, 61, 92, 93
Lazarus	65, 66, 67, 68
Lemire.....	100, 102, 105, 108, 116, 131
Lemoine.....	27
Leplat	78
Lester	106
Levinson.....	99, 103
Lewis	102
Louche.....	28, 121

M

Malrieu.....	124, 125, 126, 248, 269, 270
Mandl.....	99
Maranda.....	80
Marmot.....	71
Martel.....	100, 102, 105, 108, 116, 131
Martin	107
Mc Crae	67
Meyer	107, 146, 148, 195, 205, 220, 225
Mignonac.....	109
Molinier	54
Mollo.....	271
Morrisson.....	50, 105, 110, 112, 113, 146, 196, 204, 254, 258, 260
Munden	99

N

Neboit.....	64
Neuman.....	101, 103
Niedhammer.....	72
Niezborala.....	73
Noe.....	109

P

Parker.....	66
Parkes.....	122, 123, 247
Pate.....	107
Ponnelle.....	67, 83, 89
Price	99

R

Revault d'Allonnes.....	140
Rhéaume.....	81
Robinson	50, 105, 108, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 146, 148, 196, 203, 204, 208, 209, 213, 215, 216, 219, 223, 254, 258, 260
Rogers	52, 53
Roques	128
Ross.....	114
Roth	67
Rousseau.....	49, 50, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 111, 114, 117, 129, 130, 146, 205, 208, 223, 233, 245, 246, 254

S

Saffery	114
Saint-Arnaud.....	80
Saint-Jean.....	80
Salengro	122, 124
Sarafino.....	74
Schalk.....	109, 110, 205
Schein.....	100, 103
Sels.....	105
Sennett.....	29, 121
Seyle	57, 58
Sharpe	102
Shore	104, 107, 195, 205, 225
Siegrist.....	71, 72, 73, 274
Singh	107
Solley	99
Soulat	73, 137, 142
Staines	107
Stanfeld	71

T

Tap	126
Taylor.....	102
Tekleab	102
Theorell,	70, 71
Therriault.....	81
Tijoriwala.....	102
Toderi	107
Turney	103
Turnley	116

V

Van Dyn	111, 209
Vaxevanoglou	83, 89
Vézina	64, 65, 69, 80
Viaux	94, 148, 237, 247

W

Weill-Fassina.....	27
--------------------	----

Sabine TRENTZSCH-JOYE
RUPTURE DU CONTRAT PSYCHOLOGIQUE, STRESS ET SOUFFRANCE AU TRAVAIL :
UNE RECHERCHE REALISEE AU SEIN DU DISPOSITIF SOUFFRANCE AU TRAVAIL
DU CHU TOULOUSE -PURPAN

Résumé

Cette recherche a pour objet l'étude des déterminants et des effets psychosociaux des situations de travail en termes de stress et de souffrance. C'est sous l'angle du contrat psychologique qu'elle s'intéresse à l'impact des transformations du travail de ces dernières années sur les conditions de son exercice et les relations d'emploi. Elle porte plus particulièrement sur les processus d'interprétation des ruptures du contrat psychologique et les processus d'ajustement et de restructuration des sujets consécutifs aux évolutions de ces relations d'emploi.

Au plan théorique la recherche se démarque sensiblement des modèles traditionnels en intégrant, dans l'étude du stress et de la souffrance au travail, les dynamiques subjectives. Notre position théorique considère que, le sujet est actif et pluriel dans sa socialisation et dans le développement de ses relations avec son contexte de travail, autant que dans la recherche de réponses aux exigences de l'organisation et aux siennes que dans les régulations subjectives des conflits qui en naissent.

Une consultation hospitalière de souffrance au travail constitue le cadre de cette recherche. Les données recueillies auprès de 103 personnes reçues en accompagnement psychologique dans ce dispositif ont fait l'objet d'une analyse qualitative et d'une analyse quantitative. Des observations cliniques ont été systématiquement confrontées aux résultats d'analyses statistiques.

Nous mettons en évidence un lien entre la perception d'une violation du contrat psychologique et la dégradation de l'état de santé psychologique des personnes reçues en consultation. Nous soulignons l'impact de la rupture du contrat, souvent déclenchée par une transformation dans le milieu du travail, autant sur l'individu que sur sa relation de travail. De ces observations et résultats ressort la nécessité de développer des démarches de prévention pluridisciplinaires

Mots-clés : stress professionnel, risques psychosociaux, santé psychique, prévention, consultation de souffrance au travail, méthode clinique, rupture du contrat psychologique, perceptions, restructuration psychologique.

Abstract

**BREACH OF THE PSYCHOLOGICAL CONTRACT AS A CAUSE OF STRESS AND SUFFERING
AT WORK : A RESEARCH CONDUCTED IN THE PSYCHOLOGICAL CARE CENTER OF THE
TOULOUSE PURPAN HOSPITAL (CHU)**

The purpose of this research is to study the origins and psychosocial consequences of the working situations leading to stress and mental suffering. It is looking primarily at how the psychological contract has been impacted by the changes that have evolved in the working environment in the past years. It is more particularly centered on the mental processes through which a breach of the psychological contract is being perceived and on the processes that are applied to cope with this altered employment relationship.

From a theoretical standpoint, this research departs from the traditional approach to occupational stress insofar as it integrates subjective dynamics into the study of stress and suffering at work. Our theory suggests that the heterogeneous experiences and temporalities of employees have an influence on the organizational socialization as well as on the development of the employment relationship and the subjective regulation of conflicts.

A local public hospital service offering psychological care for people suffering from their working situation provide the frame of the research. The information collected via this clinical work done with 103 persons is used for the qualitative and quantitative data analyses. The clinical observations are systematically compared to the results of the statistical analysis.

We establish a link between the perception of a violation of the psychological contract and the deterioration of the mental health of the persons received in this psychological care center. We underline the impact of the contract's breach, often a consequence of changes occurring in the working environment, on the individual as well as on the employment relationship.

The empirical and the statistical results emphasize the need for the development and the implementation of psychosocial risks prevention measures by multidisciplinary working groups.

Key words: occupational stress, psychosocial risks, mental health, prevention, psychological care, clinical approach, psychological contract breach, perception, psychological restructuring.